

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1969

THÈSE

No

795

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

TAURELLE Roland

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 22 Décembre 1936, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le

**RÉFLEXIONS SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES PROLAPSUS GÉNITAUX.**

**A PROPOS DE DEUX CENTS CAS OPÉRÉS
DANS UN SERVICE DE CHIRURGIE GÉNÉRALE.**

Président : Mr. M. ROUX, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6°)
1969

THÈSE

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

TAURELLE Roland

Interne des Hôpitaux de Paris
Né le 22 Décembre 1936, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le

**RÉFLEXIONS SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES PROLAPSUS GÉNITAUX.
A PROPOS DE DEUX CENTS CAS OPÉRÉS
DANS UN SERVICE DE CHIRURGIE GÉNÉRALE.**

Président : Mr. M. ROUX, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6^e)
1969



UNIVERSITY OF LEIDEN
LIBRARY
1000

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), BENARD (H.), BERNARD (E.),
 BINET (L.), BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.),
 CHAILLEY-BERT (P.), CHEYMOL (J.), COSTE (F.), DEBRE
 (R.), DECHAUME (M.), GALLIARD (H.), GAUDARD D'ALLAI-
 NES (F. de), GENNES (L. de), GIROUD (A.), HAZARD (R.),
 HEUYER (G.), LACOMME (M.), LAMY (M.), LAROCHE (G.),
 LELONG (M.), LEVY (Mlle J.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN
 (C.), MADURO (R.), MARCHAL (G.), MATHIEU (P.), MONOD
 (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-
 RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU
 (J.), RENARD (G.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON
 (L.), TURPIN (R.), VERNE (J.).

DOYEN Georges BROUET

1er ASSESSEUR Daniel BARGETON

2me ASSESSEUR Jean GOSSET

PROFESSEURS :

A. - CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
-	HUARD (P.)
- à titre personnel	CABROL (Ch.)
- - -	OLIVIER (G.)
Anatomie et Cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
- à titre personnel	NEZELOF (Ch.)
- - -	ORCEL (L.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
- -	DESGREZ (P.)
- -	POLONOVSKI (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
- à titre personnel	CARTIER (P.)
- - -	DREYFUS (J.-Cl.)

MM.

Biologie médicale, à titre personnel	BOURLIERE (F.)
- - - - -	HARTMANN (L.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
- - - - -	DJOURNO (A.)
- - - - -	DOGNON (A.)
- à titre personnel	KELLERSHOHN (L.)
- - - - -	GOUGEROT (L.)
- - - - -	ROUCAYROL (J.-Cl.)
Cancérologie expérimentale	MATHE (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histologie et Embryologie	COUJARD (R.)
- - - - -	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
- à titre personnel	RACADOT (J.)
Microbiologie	FASQUELLE (R.)
Bactériologie et Virologie	TOURNIER (P.)
- à titre personnel	BARBIER (P.)
Parasitologie	LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
- à titre personnel	LOEPER (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
- - - - -	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
- - - - -	MALMEJAC (J.)
- - - - -	PARROT (J.)
- à titre personnel	DEJOURS (P.)
Physiologie et biologie appliquée aux sports	SCHERRER (J.)

B. - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

1° - MÉDECINE

Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie médicale	BUGE (A.)
- - - - -	BRICAIRE (H.)

MM.

Pathologie médicale	CORNET (A.)
- - - - -	HOUSSET (E.)
- - - - -	LAROCHE (Cl.)
- à titre personnel	AZERAD (E.)
- - - - -	BOUR (H.)
- - - - -	BROCARD (H.)
- - - - -	CAROLI (J.)
- - - - -	FACQUET (J.)
- - - - -	LAMBLING (A.)
- - - - -	LAUNAY (Cl.)
- - - - -	PAYET (M.)
- - - - -	PERRAULT (M.)
- - - - -	SIGUIER (F.)
- - - - -	WORMS (R.)
- - - - -	BOUVIER (J.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie & Thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	MARCHE (J.)

CHAIRES de CLINIQUES :

Clinique cardiologique (Boucicaut)	LENEGRE (J.)
- - - (Broussais)	SOULIE (P.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
- à titre personnel	BASTIN (R.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
- à titre personnel (neuro- psychiatrie)	PICHOT (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
- à titre personnel	LHERMITTE (F.)
Clinique de neuro-psychiatrie infan- tile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)

Clinique des maladies du sang	
à titre personnel (hématol.)	ANDRÉ (R.)
-	BOUSSER (J.)
-	DREYFUS (B.)
(Bicêtre	DEPARIS (M.)
(Broussais	MILLIEZ (P.)
(Cochin	PEQUIGNOT (H.)
(Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Cliniques médicales (Pitié	DREYFUS (G.)
(Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
(-	CONTE (M.)
(-	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale propédeutique	
(Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique thérapeutique médicale	
(Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique et séméiologie médicales	
(Antoine-Chantin)	DOMART (A.)
Séméiologie médicale (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
- (Pitié)	RAMBERT (P.)
- (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Clinique d'Hydrologie et de Climato-	
logie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
- à titre personnel	GIBERTON (A.)
Clinique médico-sociale du diabète	
sucré et des maladies métaboliques	
(Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
- à titre personnel	RICHEL (G.)
-	CROSNIER (J.)
Clinique de génétique médicale	
(Enfants-Malades)	ROYER (P.)
Clinique des maladies des enfants	
(Enfants-Malades)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique médicale infantile et de	
pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	BRISAUD (H.)
- à titre personnel	LESOBRE (R.)
Clinique de pédiatrie et de puéricul-	
ture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Hygiène et clinique de la première	
enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
- à titre personnel	POLONOVSKI (Cl.)

MM.

Clinique de pneumo-phtisiologie	
(Laënnec)	BROUET (G.)
- à titre personnel	KREIS (B.)
- - -	MEYER (A.)
Clinique de rééducation motrice	GROSSIORD (A.)
Electroradiologie	LEDOUX-LEBARD (M.)
-	LEFEBVRE (J.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
- à titre personnel	FISCHGOLD (H.)
- - -	TUBIANA (M.)
- - -	CHERIGIE (E.)
Clinique de rhumatologie médicale	
et sociale (Cochin)	DELBARRE (F.)
Clinique rhumatologique (Lariboisière)	SEZE (S. de)
Clinique toxicologique (Fernand-Widal)	GAULTIER (M.)

2°- CHIRURGIE

Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
- - -	KUSS (R.)
- - -	N...
- à titre personnel	RAMADIER (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	MORIN (P.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale	MONSAINGEON (A.)

CHAIRES de CLINIQUES :

Clinique carcinologique	DENOIX (P.)
(Gustave-Roussy)	
Clinique carcinologique chirurgicale	
(Necker)	REDON (H.)
- à titre personnel	BREHANT (J.)
(Beaujon)	LORTAT-JACOB (J.-L.)
(-)	BAUMANN (J.)
(Cochin)	LEGER (L.)
(Hôtel-Dieu)	PATEL (J.)
(Saint-Antoine)	GOSSET (J.)
(Salpêtrière)	SICARD (A.)
(Tenon)	OLIVIER (Cl.)

MM.

Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)
- - (Saint-Louis)	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
- - (Foch)	PADOVANI (P.)
- - (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique traumatologique et orthopé- dique (Raymond-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
- à titre personnel	CHIGOT (P.-L.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laënnec)	MATHEY (J.)
- à titre personnel	GAUDARD D'ALLAINES (Cl.de)
Clinique chirurgicale et gynécologi- que (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique obstétricale (Baudelocque)	LEPAGE (F.)
- - (Saint-Antoine)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologi- que (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
- à titre personnel	LEBEAU (J.)
Clinique ophtalmologique (Cochin)	BREGEAT (P.)
- - (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	CERNEA (P.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
- - (Necker)	COUVELAIRE (R.)

C. - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

Anatomie	GILLOT (Cl.)
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Bactériologie	LE MINOR (L.)

MM.

	(CARTIER (P.)
Biochimie médicale	(GONNARD (P.)
	(NORDMANN (J.)
Chirurgie.....	CERBONNET (G.)
	(BESSIS (M.)
Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G.)
	(BLANCHER (G.)
Hygiène	(CORRE-HURST (Mme L.)
	(CECCAL (P.)
Médecine légale	(HADENGUE (A.)
	(FOURNIER (E.)
Médecine générale	AUSSANNAIRE (M.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
	(COURSAGET (J.)
Physique médicale	(GREMY (F.)
	(PELLERIN (P.)
	(DURAND (J.)
Physiologie	(GIRARD (Fr.)
	(HUGELIN (A.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Pharmacologie	SCHMITT (H.)

D. - PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

MM.

Pathologie chirurgicale.....RUDLER (J.) Pr. s. ch.

E. - PROFESSEURS ASSOCIÉS

MM.

Hormonologie.....MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiolo-
gie.....SCHWARTZ (D.)
Néphrologie.....MAXWELL (M.)

Secrétaire général de la Faculté... M. LENA (J.)
Conseiller administratif Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la)
Bibliothèque,)
Conservateur du Musée).....M. le Docteur HAHN (A.)
d'Histoire de la Médecine)

Conservateurs) Mme FORGET (F.),
) Mlles DUMAITRE (P.),
) LAURENT (H.),
) LE NOIR (G.)

Bibliothécaires(Mme CONTET (J.),
 (Mlles DUROZOY (M.-F.),
 (ROBERGE (D.),
 (LE QUANG LINH (G.),
 (REUGE (M.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MES ENFANTS

En témoignage de ma
profonde affection.

A MES PARENTS

A TOUS LES MIENS ET A TOUS MES AMIS

En témoignage de mon
attachement.

A MON MAITRE,

Monsieur le Professeur M. ROUX

Il m'a aidé à comprendre la véritable chirurgie par son enseignement clair et précis.

Il m'a inspiré le sujet de cette thèse qu'il me fait l'honneur de présider.

Qu'il trouve ici le témoignage de mon attachement dévoué et de mon plus profond respect.

A MON MAÎTRE,

Monsieur le Professeur Agrégé C.L. CHATELIN

Je garde de son accueil en
Principauté le souvenir
d'une de mes plus belles
années d'Internat.

Qu'il en soit remercié et
reçoive le témoignage de ma
profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Agrégé VAYRE

Il m'a beaucoup aidé dans
la réalisation de ce tra-
vail.

Qu'il soit assuré de mon
amicale reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat

Monsieur le Professeur J.L. LORTAT-JACOB

Monsieur le Professeur MILLIEZ

Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Monsieur le Professeur SOULIÉ

Monsieur le Professeur BROCARD

Monsieur le Professeur Agrégé DUPUY

Internat

Monsieur le Professeur Agrégé LÉVY

Monsieur le Docteur ROUVILLOIS

Monsieur le Professeur Agrégé ROBEY

Monsieur le professeur HUGUIER

RÉFLEXIONS SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES PROLAPSUS GÉNITAUX.

A PROPOS DE DEUX CENTS CAS
OPÉRÉS DANS UN SERVICE DE CHIRURGIE GÉNÉRALE.

Sans vouloir prétendre résoudre les problèmes thérapeutiques, parfois difficiles, que posent les prolapsus génitaux, nous avons voulu, dans ce travail, exposer nos conceptions à propos d'une affection fréquente et qui se présente le plus souvent sous une forme banale en pratique courante.

Dans ce but, nous avons suivi le plan suivant :

1)- Rappel anatomique des principaux éléments responsables de la statique pelvienne et qui paraissent mieux définis par l'étude de la dynamique des organes pelviens.

2)- Mécanisme et physio-pathologie des prolapsus génitaux.

3)- Les principales interventions proposées à leur cure chirurgicale.

4)- Exposé des résultats de notre pratique portant sur 200 cas.

5)- Conclusions en fonction de cette étude.

Par la diversité des lésions qu'il réalise, par la multiplicité des interventions proposées, le prolapsus génital semble constituer une affection complexe. Le terme même de prolapsus génital paraît insuffisant pour définir cette pathologie fréquente, à laquelle la locution populaire "descente d'organes" semble mieux convenir. En effet, pour quelques prolapsus utérins authentiques, combien de cystocèles ou d'uréthrocèles ? Et la colpocèle ne cache-t-elle pas, bien souvent, une vessie prolabée, un rectum affaîssé, voire une hernie périnéale ???

C'est bien dire que nous sommes en présence d'un trouble de la statique et de la dynamique pelviennes en général et qu'on ne peut comprendre sans avoir étudié les différents mécanismes permettant aux viscères pelviens de rester à leur place normale. Que ces mécanismes soient détruits ou simplement altérés, et le prolapsus apparaît avec toute sa complexité anatomique.

o o

Trois grands facteurs assurent le maintien de la statique pelvienne :

- Le soutènement, de loin le plus important, dépendant essentiellement des muscles du périnée et avant tout des releveurs.

- La suspension (HUGUIER), que constitue le tissu fibreux assez complexe, cloisonnant l'espace pelvien sous-péritonéal, mais qui peut en définitive être assez facilement schématisé.

- L'orientation, enfin, surtout importante pour le tube génital et dont le rôle devient parfait-

tement clair en étudiant la dynamique pelvienne, lorsque les viscères sont soumis à la poussée abdominale.

Sans vouloir reprendre ici toute l'anatomie du petit bassin de la femme, que bien d'autres ont décrit mieux que nous pourrions le faire, il est important d'insister cependant sur certains éléments dont l'état conditionne l'apparition du prolapsus et qui devront être reconstitués, qui devront "servir" lors de leur cure chirurgicale.

= D'abord, une cloison musculaire, en continuité latéralement avec l'obturateur interne et son aponevrose, en arrière avec les ischio-coccygiens qui constituent la partie solide de la cloison. D'un seul tenant à proximité du squelette, son centre - sorte de cuvette - est constitué par les releveurs qui délimitent le point faible : la boutonnière urogénito-anale.

Des muscles du périnée, les deux releveurs sont assurément ceux dont le rôle est le plus important. Véritable plancher musculaire qui ferme en bas la cavité du ventre, GREGOIRE les compare aux deux muscles hyoïdiens formant le plancher de la bouche... Leurs deux bords internes délimitent une longue fente antéro-postérieure, s'ouvrant du coccyx au pubis, au travers de laquelle s'engagent les conduits d'évacuation du rectum, des voies génitales et de la vessie.

Chacun de ces muscles se différencie en deux couches :

- l'une large, inférieure, agissant comme constricteur de l'anus et formant la sangle anale (musculus sphincter ani externi de LESSHAFT) ;

- l'autre étroite, supérieure et plus interne, constituant la sangle génitale, d'importance fondamentale pour la statique uro-génitale et qui forme en même temps, par son action sur l'anus, la partie

antérieure du levator propius ani de LESSHAFT.

La couche large du faisceau pelvi -coccygien prend son origine à la face postérieure du pubis, sur l'aponévrose obturatrice épaissie au niveau de son arc tendineux et à la face interne de l'épine sciatique. Les fibres musculaires, d'autant plus antéro-postérieures que leur origine est plus antérieure, vont se terminer sur les bords latéraux des deux dernières pièces coccygiennes, remontant sur le ligament sacro-coccygien antérieur, et surtout sur le raphé ano-coccygien antérieur qu'elles contribuent à former, en s'entrecroisant avec les fibres du côté opposé. De plus, les fibres venues du pubis, si, pour ROUVIERE, sont séparées du canal anal par le faisceau interne, semblent se terminer en fait sur les parties latérales du canal anal en s'insinuant entre le sphincter strié et la musculature lisse du conduit. Un certain nombre d'entre elles descendent jusqu'à la peau (GREGOIRE). Elles s'intègrent ainsi dans le système de soutènement du canal anal.

La couche étroite ou faisceau pubo-rectal (WINCKLER) s'insère en avant à la face postérieure du pubis au-dessus des précédentes et sur les ligaments pubo-vésicaux. De là, les fibres musculaires, épaisses, puissantes, presque verticales, croisent l'urètre, formant, pour DAVIES, le faisceau moyen de son sphincter strié, puis le vagin, au niveau de son tiers moyen, pour se distribuer :

- à la face postérieure du 1/3 inférieur du vagin,
- au noyau fibreux central du périnée,
- enfin, sur les fibres longitudinales du rectum avec lesquelles elles forment le septum anal intermusculaire (CORDIER, WINCKLER) qui se termine à la peau de la marge anale en dedans ou à travers le sphincter externe de l'anus qu'elles sous-tendent.

L'anatomie classique montre que la musculature vaginale n'échange pas de fibres avec les releveurs. En fait, il existe une adhérence très intime

entre le tissu cellulaire péri-vaginal et le bord interne des releveurs.

Toutefois, le chirurgien peut aisément retrouver et décoller le bord interne des releveurs de la partie moyenne du vagin et même remonter sur la face interne du muscle jusqu'à ses insertions les plus hautes au niveau de "l'arcus tendineus fasciae pelvis" (HUGUIER).

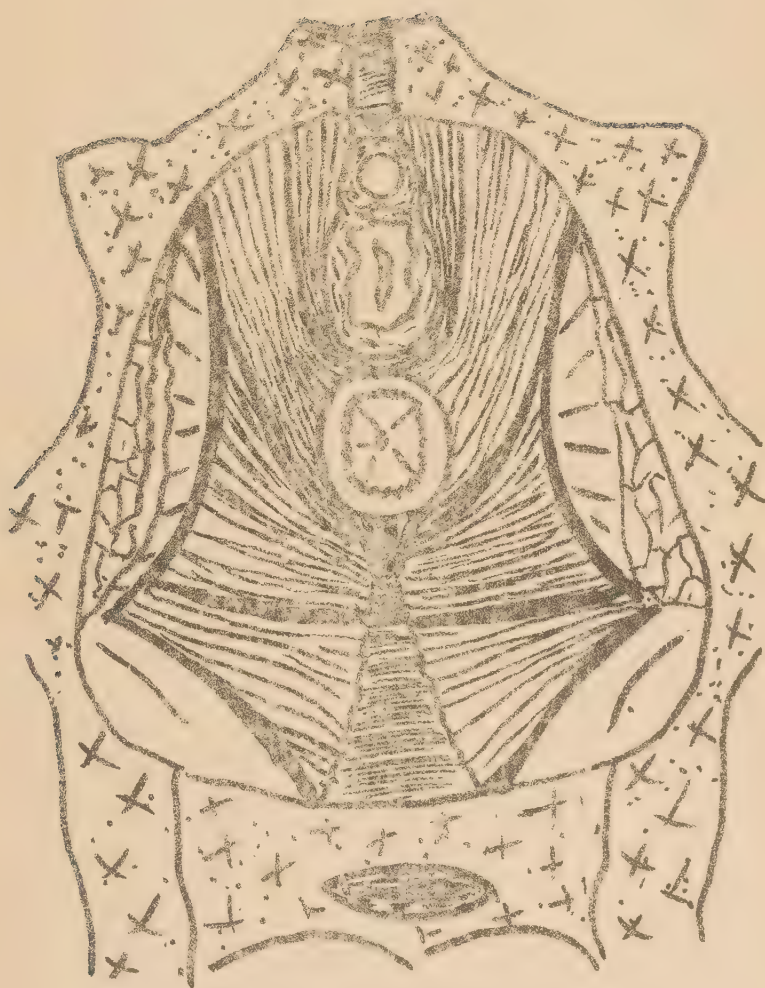
Ainsi, les releveurs forment dans l'ensemble une double sangle embrassant et sous-tendant la première le canal anal, la seconde les voies génitales (SCHEMA 1).

Ils jouent ainsi un rôle capital, par leur seule tonicité, dans la statique des organes pelviens, en particulier du tube génital. Tout ce qui augmente les dimensions de la fente cogénitale ou diminue la résistance du plancher qu'ils constituent favorise le prolapsus. En conséquence, la reconstitution du plan des releveurs représente un des temps indispensables de leur traitement chirurgical.

Il faut d'ailleurs insister, au point de vue technique, sur la direction presque verticale de ces muscles. Par voie basse, leur bord axial est très haut situé, bien au-dessus des plans superficiel et moyen du périnée, bien au-dessus du centre tendineux dont la suture habituelle constitue, pour beaucoup et à tort, "la myorraphie postérieure" qui reste toujours insuffisante (HUGUIER - MERGER).

Dans ces conditions, releveurs et ischio-coccygiens sont recouverts par l'aponévrose pelvienne. Directement appliquée sur les muscles, elle les sépare de l'espace pelvi-viscéral qui est au-dessus, adhérant aux formations fibreuses qu'il contient.

Son bord externe, ligne d'attache squelettique, latéralement confondu avec le bord supérieur de l'aponévrose obturatrice, donne naissance au niveau de l'épine sciatique à des épaississements qui viennent la renforcer. Dispersés en bandelettes, irra-



SCHERVA

Releveur anal vu par en haut
(Selon REGOIRE)

diant en étoile :

- vers l'arrière : bandelette spinoso-sacrée ;
- en haut : bandelette pré-sciatique ;
- en avant : arc tendineux du releveur ;
- en bas et en avant : arc tendineux de l'aponévrose pelvienne libre de toute insertion musculaire (ROUVIERE) et qui va se terminer au niveau des ligaments pubo-vésicaux, sur la surface angulaire du pubis (ROGÉ)

Au-dessus de ce diaphragme pelvien principal que forment les releveurs, plus superficiellement, à la manière d'une double cloison, s'étendent les plans moyen et superficiel du périnée.

* Le plan moyen, plus aponévrotique et tendineux que musculaire, comprend deux muscles :

- Le transverse profond, dont la nature musculaire est mise en doute par GREGOIRE qui l'identifie plutôt à l'aponévrose moyenne du périnée entre les deux feuillets de laquelle il est placé. Quoi qu'il en soit, de chaque côté, entre ces deux feuillets, existe un tissu dense où l'on retrouve des fibres musculaires striées, tendues de la face interne de l'ischion et de la branche ischio-pubienne jusqu'au noyau fibreux central qu'il contribue, pour la plus grande part, à former.

- Le sphincter strié de l'urètre. Classiquement décrit en deux plans :

- . Un plan profond, circulaire, entourant complètement le canal dans sa portion juxta-vésicale.

- . Un plan superficiel, en fer à cheval, inférieur, dépendant de l'aponévrose moyenne du périnée, prenant origine en avant à la face profonde du ligament arqué sous-pubien, à la face inférieure des ligaments pubo-vésicaux et sur les tractus fibreux

qui séparent les veines du plexus de Santorini. De là, les fibres contournent de part et d'autre le canal urétral et vont se terminer en partie dans le tissu conjonctif dense qui unit étroitement l'urètre au vagin, s'entrecroisant avec celles du côté opposé, et en partie sur le vagin lui-même en dehors de la cloison uréthro-vaginale (ROUVIERE). Ainsi, l'urètre est sanglé par une boutonnière musculaire à concavité postérieure, qui lui assure sa fixité.

A ces deux plans, DAVIES décrit un troisième plan moyen dépendant, comme nous l'avons vu, du faisceau élévateur des releveurs qui jouent aussi, par conséquent, un rôle dans la statique urétrale.

Les deux muscles que nous venons de décrire sont engainés par les deux feuillets de l'aponévrose moyenne du périnée dont les descriptions ont souvent prêté à discussion.

Pour les classiques, dont DENONVILLIERS, elle constitue à elle seule le plancher antérieur uréthro-vésical : solide, rigide, elle se continue en arrière avec l'aponévrose superficielle en bas et l'aponévrose prostatopéritonéale ou son équivalent chez la femme, en haut. Elle possède une unité de structure.

TESTUT, Paul DELBET, GREGOIRE, puis Roger MONNIER en donnent une description plus proche de la réalité. De ses deux feuillets constitutants, seul l'inférieur (ligament de Carcassonne) est résistant, "véritable lame d'attache" des corps érectiles ; mais cette aponévrose, véritablement faite "de pièces et de morceaux", ne présente aucune unité de structure.

Pour les anatomistes modernes, sa constitution est plus simple. En avant du transverse profond, les deux feuillets accolés forment le ligament transverse du pelvis que traverse l'urètre très obliquement, en y adhérant fortement. Tout à fait en

avant, les deux feuillets s'écartent, le supérieur constituant le ligament sous-pubien, l'inférieur formant la bandelette sus-urétrale en continuité avec le fascia clitoridien solidement fixé au squelette, seul véritable point fixe du périnée antérieur.

. Ainsi, le feuillet inférieur, tendu des branches ischio-pubiennes au bulbe vestibulaire, réalise un système d'attache solide du bulbe et du corps spongieux (ROUVIERE).

. Le feuillet supérieur, tendu de la branche ischio-pubienne, au-dessus de l'insertion du transverse profond, se termine en dedans sur les parois latérales de l'urètre et du vagin (ROBERT).

. Les bords postérieurs des deux feuillets se perdent sur le centre tendineux du périnée.

Toutefois, bien que transversaux, ces ligaments permettent un certain jeu antéro-postérieur. Bien que résistants, leur situation très antérieure, à l'aplomb du pubis sur la femme debout, et leur direction presque verticale expliquent que, même anatomiquement, ils ne peuvent avoir le rôle de soutien qu'on leur prête habituellement dans la statique pelvienne (HUGUIER - ROBERT).

* Au-dessous de ce plan moyen, le plan superficiel du périnée comprend quatre muscles pairs et symétriques, dont l'insertion postérieure se fait au niveau du centre tendineux :

- transverse superficiel, inconstant et de peu d'importance,
- bulbe et ischio-caverneux,
- constricteur de la vulve,
- auxquels il faut ajouter le sphincter externe de l'anus. Ses fibres forment deux axes tendus du raphé ano-coccygien au noyau fibreux central, étroitement unis à leur face profonde au sphincter interne et dont les fibres supérieures entrent en

rapport étroit avec les fibres postérieures des releveurs (faisceau pubo-rectal).

Telles sont donc les différentes parties de ce système de soutènement que l'on peut résumer de la façon suivante :

- Un plan profond, moyen principal de soutènement, essentiellement formé par les faisceaux élévateurs des releveurs qui déterminent une anse musculaire solide qui, par sa seule tonicité, assure l'occlusion du vagin et la sous-tend. Toutefois, cette anse laisse dans sa concavité un hiatus qui constitue le point faible : la boutonnière uro-génitale.

- Un plan superficiel, que l'on peut définir en deux parties, avec :

. une partie rétro-commissurale puissante, constituée par le contre tendineux du périnée, point d'attache de la quasi-totalité des muscles des plans moyen et superficiel du périnée, auquel aboutit l'aponévrose pelvienne et qui forme un véritable "coin" assurant l'occlusion vaginale à l'étage périnéal au-dessous des releveurs. Il constitue à ce niveau "l'étai du vagin", haubanné de chaque côté par les muscles superficiels et suspendu aux releveurs.

. une partie pré-commissurale de moindre résistance, plus fibreuse que musculaire, qui forme le plancher du tractus uro-génital, de qualité très inférieure et qui est essentiellement constituée par l'aponévrose moyenne. Son ensemble, nous l'avons vu, paraît de structure discontinue, comprenant des zones faibles aux points de passage de l'urètre et du vagin.

Entre ces deux organes, existe un tissu fibro-conjonctif dense et étroitement en rapport avec le sphincter strié, perforé de multiples veinules au-dessous de la cloison vésico-vaginale, ce qui explique l'absence de plan de clivage entre les deux con-

duits que seul l'instrument tranchant peut séparer, au prix d'un suintement hémorragique important (MERGER - BARNAT).

= Tel est donc le système de soutènement des organes pelviens, dont les éléments sont en fait très interdépendants, et que vient compléter un système de suspension. Ce dernier dépend avant tout du tissu fibreux cloisonnant l'espace pelvien sous-péritonéal dont le système fibro-cellulaire de la gaine hypogastrique constitue l'élément principal.

En effet, le tissu cellulaire sous-péritonéal, plus ou moins condensé suivant les endroits, tantôt véritable aponévrose, tantôt plus clairsemé en "toile d'araignée", applique l'artère hypogastrique, ses branches pariétales et l'origine de ses branches viscérales contre la paroi pelvienne. Mais les branches viscérales se détachent à un certain moment de cette paroi, pour gagner leur viscère respectif. Les viscères étant susceptibles de variation de volume entraînent leurs vaisseaux dans leurs variations et la toile fibro-conjonctive qui recouvre ces vaisseaux est donc soulevée à la manière d'un "drap tendu sur la corde" (GREGOIRE) et ce d'autant plus que les vaisseaux qui la sous-tendent sont à un niveau plus élevé par rapport au fond du pelvis.

D'une manière schématique, ces lames cellulaires organisées autour des vaisseaux forment une croix dont la branche longue est représentée par les lames antéro-postérieures, sacro-pubiennes, et la branche courte par la base du ligament large. De part et d'autre de cette dernière, deux autres systèmes transversaux :

- en arrière, les ailerons du rectum,
- en avant, la tente ombilico-vésicale.

La lame sagittale sépare la loge viscérale en dedans, de la loge vasculaire en dehors. Sa signification a été longtemps discutée : DELBET en fait

une formation autonome ; pour FARABEUF, elle dépend de l'aponévrose pelvienne. En fait, il semble qu'elle fasse partie intégrante de la gaine hypogastrique, tout au moins dans sa partie externe.

ROUVIERE, puis CORDIER et CHATAIN ont montré que la partie postérieure de la lame sagittale, qui forme les ligaments utéro-sacrés, était en fait constituée de deux parties, interne et externe :

- La partie interne est composée de fibres musculaires lisses, venues de l'utérus et de la musculature rectale, et contient de nombreuses veines, anastomosant les veines rectales aux veines utérines, parfois la vaginale longue quand elle vient de l'hémorroïdale.

- La partie externe est surtout faite de tissu cellulo-fibreux aréolaire au niveau duquel cheminent de nombreux filets nerveux, éléments du plexus hypogastrique, contenant le ganglion de Lee et Franckenhäuser, ce qui explique les douleurs qui surviennent à la traction ou l'étirement de ces ligaments.

Quoi qu'il en soit, l'ensemble de ces deux parties est difficilement dissociable et constitue une formation solide de part et d'autre des viscères. Chacun de ces ligaments s'attache, en arrière et de chaque côté, à la partie interne des trois pièces sacrées moyennes en continuité avec les ligaments utéro-lombaires allant jusqu'au promontoire. De là, obliques en bas, en avant et en dedans, ils semblent s'unir à la face postérieure du col utérin et du dôme vaginal au niveau du ligament de Jean-Louis Petit.

Ces ligaments forment deux replis dessinant un fer à cheval, dans la concavité postérieure duquel s'inscrit la saillie du rectum. Le bord supérieur de chacun soulève le péritoine, divisant ainsi le Douglas en deux étages, et le bord inférieur prend appui sur l'aponévrose pelvienne à laquelle il est étroitement uni. Tels, ils constituent un puissant

moyen de fixité au col utérin et doivent être sectionnés ou désinsérés dans l'hystérectomie.

La partie antérieure des lames sacro-pubiennes ou lame sagittale antérieure (CUNEO), moins résistante, est essentiellement vasculaire. Elle constitue les ligaments pubo-vésico-utérins de Farabeuf. Des fibres musculaires, émanant de la musculeuse vésicale, accompagnent leur bord inférieur de chaque côté et ferment les "piliers antérieurs de la vessie"; peu résistants mais richement vascularisés, ils doivent être liés lors de la séparation vésico-vaginale par voie basse.

Sur ces lames sagittales, viennent se brancher des formations transversales accompagnant les vaisseaux à destinée viscérale et dont les artères sont toutes branches de l'hypogastrique : hémorroïdale moyenne, utérine, tronc ombilico-vésical.

* L'hémorroïdale moyenne, à destinée plus génitale que rectale, se détache du tronc de l'iliaque interne (ou de sa branche ischio-honteuse antérieure), cheminant dans l'espace pelvi-sous-périnéal (RICHET) ; elle soulève une tente de tissu fibro-cellulaire dépendant de la gaine hypogastrique qui constitue l'aileron moyen du rectum, proche de la face postérieure du vagin. Se portant en dedans vers l'ampoule rectale, l'artère et sa veine parfois dédoublée cheminent, appliquées contre le releveur, au sein d'une atmosphère cellulo-graisseuse assez dense qui se confond en dedans avec la gaine fibreuse du rectum. Sans pénétrer cette gaine - que seules les branches à destinée rectale traversent -, l'artère se termine à la face postérieure du vagin (GREGOIRE), donnant souvent la vaginale longue, parfois comprise dans l'épaisseur du ligament utéro-sacré.

* L'utérine, accolée par la gaine hypogastrique contre la paroi pelvienne jusqu'à l'épine sciati-

que, change alors de direction pour se porter en dedans en direction du col utérin, un peu au-dessous du cul-de-sac latéral du vagin. Ce faisant, elle soulève une dépendance de la gaine pariétale, véritable aileron utérin de la gaine hypogastrique ou mieux appelé tente de l'utérine. Accompagnée de ces deux courants veineux, l'artère chemine au sein d'une masse dense triangulaire à base interne utéro-vaginale, dont la partie supérieure s'effile en coin dans l'épaisseur de la base du ligament large et qui confine en bas à l'aponévrose pelvienne au niveau du paravagin. Cette masse de texture aréolaire est cloisonnée de tractus denses qui engainent les vaisseaux et surtout les veines qui restent héantes après section (ROBERT). Ainsi, est individualisée une formation sagittale épaisse et résistante, véritable ligament, englobé en France dans le terme de paramètre et que les Anglo-saxons appellent ligament de Mackenrodt. Ce ligament, se réunissant en dedans à la partie juxta-vaginale de la lame sagittale, semble se composer à sa partie tout interne de deux faisceaux principaux : les trousseaux fibro-cellulaires, engainant d'une part le tronc des vaisseaux et, d'autre part, les branches à destinée vésicale ou vaginale qui plongent en profondeur. De cette façon, est constituée une formation lambdoïde () dénommée ligament cardinal (KOCK), correspondant à la réunion des ligaments de Mackenrodt et utéro-sacré.

Ainsi, de part et d'autre du col et du dôme vaginal, s'identifient deux ligaments formant de véritables ailerons, satellites des vaisseaux utérins et de leurs branches. Les éléments cellulaires de la gaine vasculaire qui les composent se prolongent sur les faces antérieure et postérieure du vagin et du col, et semblant en continuité avec les éléments du côté opposé. De cette façon, est constitué en avant, entre vessie et vagin, un fascia vésico-vaginal, mince et difficile à identifier sur la ligne médiane, par contre beaucoup plus épais et apparent sur les côtés, et dont HALBAN a décrit la technique d'isolement par voie basse. Ce fascia est encore plus résistant devant le col et le dôme vaginal dont il

reste aisément clivable : son intégrité doit être respectée dans la technique d'hystérectomie intra-fasciale d'Aldridge (qui avait d'ailleurs été déjà décrite par RICARD).

On sait quelles discussions a soulevée l'existence de ce fascia : d'abord, celle de son existence propre, puis celle de son origine. Si VIOLLET admet son existence, GOFF la nie, ainsi que SAVARIAUD. Par ailleurs, les anatomistes classiques avaient bien décrit une tunique utéro-vaginale sous-péritonéale considérée plus simplement, par certains, comme l'accolement de bas en haut des feuillet de culs-de-sac péritonéaux primitifs lors de l'abaissement du repli allantoïdien et dont l'accolement postérieur constitue l'équivalent de l'aponévrose prostato-péritonéale chez l'homme.

Quelle que soit la signification anatomique ou histologique du fascia d'Halban, sa réalité ne peut être mise en doute. Par voie basse, au prix de certain artifice technique, le chirurgien trouve facilement cette étoffe sous-vaginale, d'autant mieux individualisée que l'on est plus latéral, qui se prête aisément à la suture et qui s'oppose à la gaine celluleuse périvésicale vasculaire plus profonde. C'est une description analogue qu'en donnent CORDIER, CHATAIN et CABROL, en insistant sur la plus grande résistance au niveau des parois latérales du vagin, niveau où portera la suture.

* Enfin, le tronc ombilico-vésical, né de l'iliaque interne, parfois par un tronc commun avec la génitale, se porte en avant et en dedans en soulevant le fascia ombilico-vésical. C'est un feuillet fibro-celluleux, triangulaire, contourné en demi-cône à concavité postérieure répondant à la vessie. Il forme un éventail dont le sommet est à l'ombilic et dont la base est unie d'avant en arrière aux ligaments pubo-vésicaux, à l'aponévrose pelvienne et à la gaine de l'hypogastrique, suivant une ligne courbe, concave en arrière, tendue d'une grande échancru-

re à l'autre, dont les extrémités vont se fixer sur les parties latérales du col et du vagin, formant les ligaments vésico-pubo-vaginaux.

Ainsi est défini, au sein de l'espace pelvi-sous-péritonéal, un système d'amarrage complexe "englobant dans ses mailles" les viscères pelviens au-dessous du péritoine et dont tous les éléments paraissent en fait en continuité et contractant des rapports intimes avec le plan sous-jacent, avant tout musculaire, qui forme le soutènement et l'en rend inter-dépendant. (SCHEMAS 2 et 3).

L'organe central où semblent converger et où vont s'attacher les éléments constitutifs de cette trame, individualisée en lames, tentes ou ligaments, est le tube génital, un peu au niveau du col, mais surtout au niveau du vagin dans sa partie supérieure.

= Par là, il apparaît que l'axe de tout le système statique pelvien, son véritable "mât de soutien", est le tube génital dont la triple orientation joue un rôle essentiel dans la statique viscérale : orientation qui se trouve conditionnée par l'action des éléments de soutènement et de suspension que nous venons de voir.

Dans le plan sagittal, l'orientation du tube génital est complexe et doit être considérée de bas en haut.

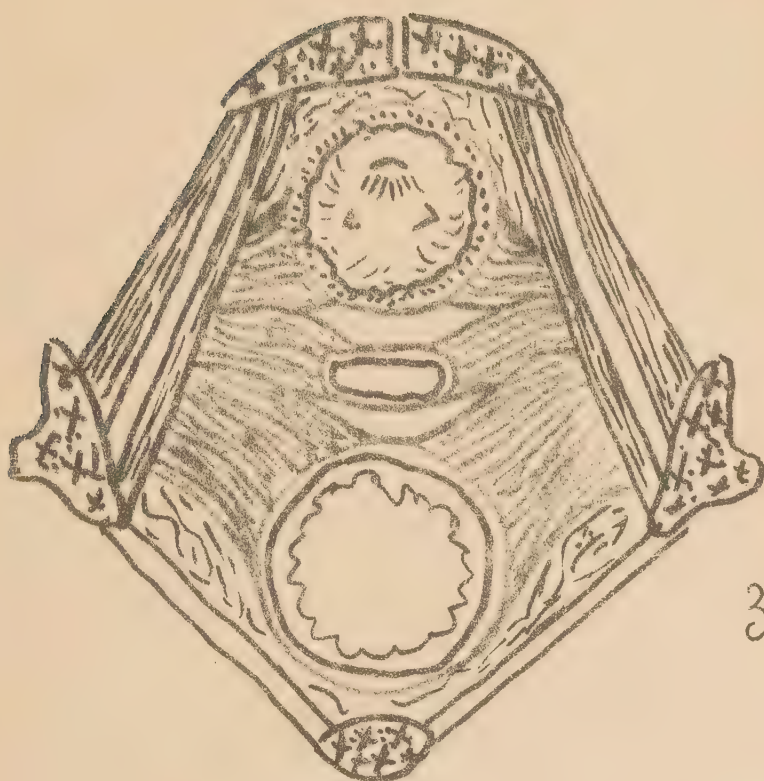
- La tonicité des releveurs, qui fixe en même temps le noyau fibreux central et l'attire, porte le conduit génital en haut et en avant.

- A sa partie moyenne, le tissu fibreux sous-péritoneal et en particulier les lames sagittales utéro-sacrées l'attirent en arrière.

- Enfin, à la partie toute supérieure, le corps utérin, sous l'effet de l'action des ligaments



2



3

SCHEMAS 2 et 3

(D'après HAFFERL)

Les fascias pelviens.

larges, mais surtout des ligaments ronds (dont le rôle de suspension est pratiquement nul), est fortement antéfléchi.

Il existe donc une triple coudure :

. Antéflexion du corps sur le col ;

. Antéversion du col sur le vagin, le col semblant s'insérer à la face antérieure du conduit vaginal, presque perpendiculaire à sa lumière ;

. Enfin, coudure antérieure du vagin, ce que BETHEUX et BORI appellent le cap vaginal, inscrivant le cap du rectum.

= Le rôle de cette orientation est parfaitement mis en évidence lorsqu'on étudie la "dynamique pelvienne".

BETHEUX et SCALI ont parfaitement montré ce mécanisme par la pratique du colpocystogramme qui permet l'étude du comportement viscéral dans les conditions physiologiques, chez la femme en position debout, lorsque les viscères sont soumis à la poussée abdominale. (SCHEMA 4).

Le pubis et la partie haute du sacrum étant obliques en bas et en arrière, la pression qui s'exerce dans le pelvis, sous l'effet de la poussée abdominale, n'est pas verticale, mais en quelque sorte "réfléchie" vers l'arrière, faisant un angle d'environ 50° avec l'horizontale et dirigée vers la région ano-coccygienne solide et résistante.

A cette force de pression, s'oppose une force dirigée en avant et en haut et exercée par la contraction des éléments musculo-aponévrotiques relevant principalement des releveurs qui mobilisent le noyau fibreux central.

Ainsi, la boutonnière uro-génitale très antérieure presque verticale n'est pratiquement pas

intéressée par cette pression, que l'orientation du tube génital sert encore à esquiver.

D'autre part, cette force de poussée peut être décomposée :

- en une force verticale qui applique le corps utérin sur la vessie ;
- en une force horizontale qui refoule le col et la partie haute du vagin vers l'arrière.

Le segment cervico-vaginal vient ainsi prendre appui sur le rectum en verrouillant le cul-de-sac de Douglas.

C'est ce que montre très clairement le colpocystogramme.

Lors de la poussée abdominale :

- La vessie subit un mouvement de translation vers l'arrière et ne s'abaisse que très peu.

- Le vagin, surtout dans sa partie supérieure, s'étire, "déroulant son cap", et se déplace d'avant en arrière, un peu de haut en bas, restant plaqué contre l'ampoule rectale.

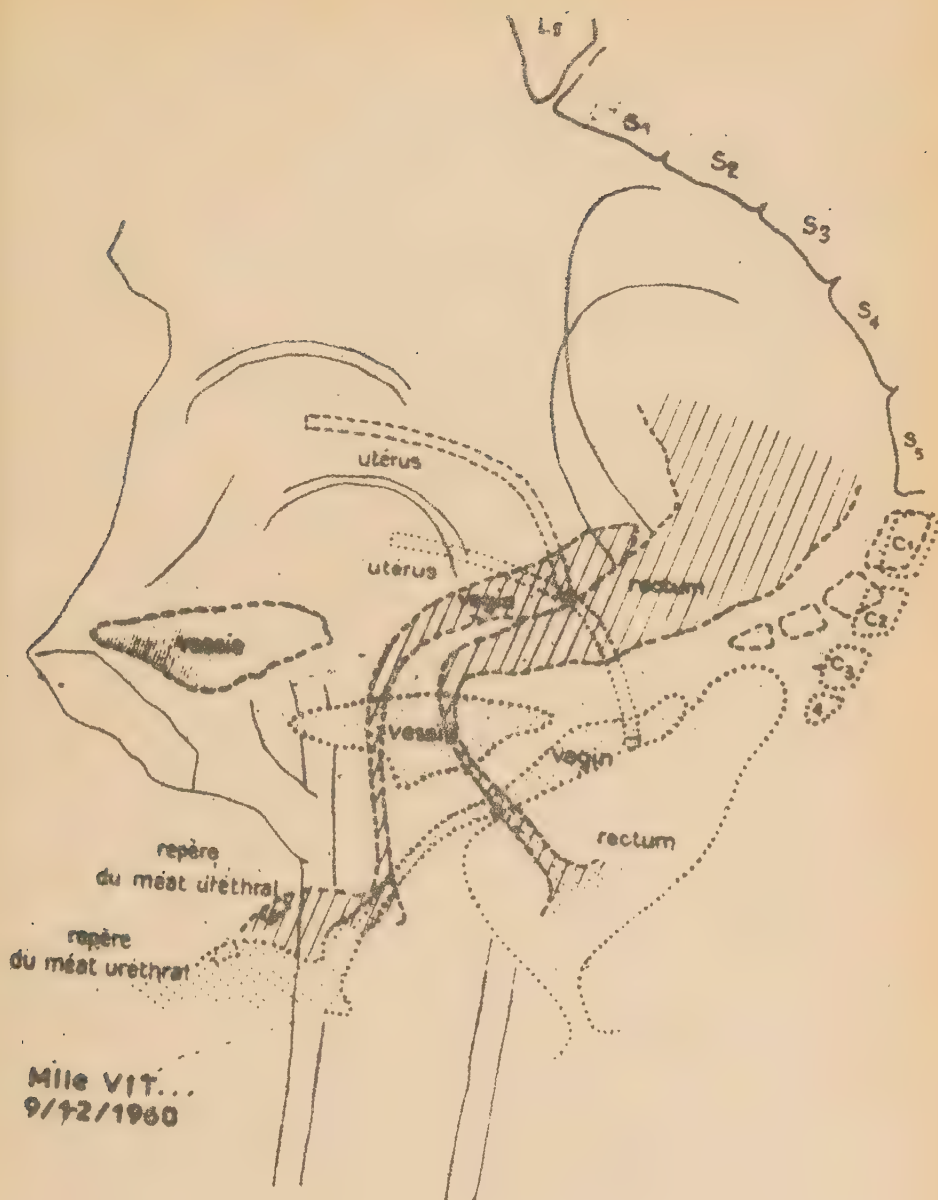
- L'utérus subit une translation vers le coccyx, alors que son col ne s'abaisse jamais au-dessous d'un plan passant par la pointe du coccyx et qu'il reste toujours antérieur par rapport au plan du cap anal.

- Quant au tube ano-rectal, il subit un déplacement identique à celui des autres viscères, mais le cap anal ne s'efface jamais.

= Les trois éléments de "statique pelvienne" peuvent dès lors se décomposer comme suit :

1)- Le soutènement.

C'est avant tout vers l'arrière qu'évo-



SCHEMA 4

Colpocystogramme normal.

Il fixe la cinétique viscérale pelvienne .

luent les viscères à l'effort : ils vont prendre appui sur un plan résistant à la "butée coccygo-raphélienne" (BETHOUX) qui, plus ou moins matelassée par le rectum amarré par ses ailerons, a pour hauban principal le plan solide des ischio-coccygiens. C'est là le véritable soutènement.

2)- La suspension.

Quand la poussée d'effort se relâche, les viscères sont soumis à une traction élastique qui les ramène à leur position initiale respective grâce à un système d'amarrage qui est double :

- Système antérieur, qui rattache le canal anal, les bords latéraux du vagin inférieur, la base de la vessie et la jonction uréthro-vésicale à la partie antérieure de l'arc osseux pelvien : il relève essentiellement de l'action des releveurs : c'est le retinaculum uro-vaginal antérieur, élastique et aussi dynamique.

- Système d'amarrage postérieur, rattachant les viscères à l'arc osseux postéro-latéral et relevant des formations fibro-cellulaires de l'espace pelvien viscéral : c'est le retinaculum uro-vaginal postérieur, rigide et passif.

3)- L'orientation enfin, dont le mécanisme est tel que la coudure antérieure du col sur le vagin est maintenue lorsque l'utérus se déplace vers l'arrière sous l'effet de la poussée abdominale.

On peut donc conclure de cette étude, avec BETHOUX et BORY :

- que le soutènement de l'axe utéro-vaginal se trouve normalement très en arrière dans le périnée postérieur ;

- que le maintien de la triple coudure de cet axe, nécessaire, comme nous l'avons vu, est assuré par un double système suspensif dont l'antérieur est dynamisé par les releveurs, et le postérieur dé-

pend des formations ligamento-aponévrotiques de l'espace sous-péritonéal.

Qu'une variation congénitale ou acquise existe, altérant le plancher périnéal en modifiant l'orientation génitale, et le prolapsus peut apparaître, mais le mécanisme de sa survenue dépend essentiellement de la nature de la détérioration responsable.

= C'est ainsi qu'à côté des prolapsus par déroulement - de loin les plus fréquents -, il existe des prolapsus par pulsion.

* Les prolapsus par déroulement apparaissent lorsque les moyens de soutènement périnéaux sont altérés ou détruits, lorsque les releveurs ne remplissent plus leur office. Ce sont là les prolapsus des "mères de famille" qui ont eu des accouchements traumatiques comprenant une période d'expulsion trop longue et surtout trop rapide. Parfois, les signes n'en apparaîtront que plus tard, à la ménopause, lorsque l'inhibition hormonale sera venue aggraver les désordres de ces tissus qui sont de véritables récepteurs hormonaux. (MUSSET).

Le releveur étant altéré, le centre tendineux s'étant affaibli, la face postérieure du vagin n'est plus soutenue. La cloison uro-génitale privée de cet appui est faible, nous l'avons vu, et va donc saillir à l'effort. Plusieurs degrés sont possibles:

- Tantôt, seules les fibres antérieures sont insuffisantes, et à l'effort c'est la portion comprise entre le point fixe du méat urétral et la zone encore soutenue en arrière qui bombe, caractérisant l'urétrocèle.

- Tantôt, le releveur est plus profondément altéré. A l'effort, c'est presque toute la partie antérieure du vagin qui saille et il existe

une urétro-cystocèle. (SCHEMA N° 5).

- A un degré de plus, la paroi antérieure du vagin en totalité n'est plus soutenue. Le col, à l'effort, a perdu son appui sur la butée coccygo-raphélienne : le museau de tanche se redresse et la lèvre antérieure du col, ne trouvant plus d'obstacle, se "vaginalise", s'allongeant en direction de la fente uro-génitale sous l'action des forces de poussée dans l'axe desquelles elle tend à être placée à présent.

C'est ce que HUGUIER appelle le prolapsus total antérieur avec allongement hypertrophique du col urétro-vaginal.

- Au maximum, les éléments de soutien et de suspension ayant disparu, le col regarde directement en bas dans l'axe du conduit vaginal. Il s'abaisse, entraînant avec lui le cul-de-sac vaginal postérieur et la paroi postérieure du vagin. C'est le prolapsus total, mais il existe toujours un cul-de-sac postérieur entre vagin et fourchette.

* Par opposition à ce mécanisme de déroulement, les prolapsus par pulsion sont bien différents et peuvent apparaître alors même que les éléments de soutien sont intacts. Ce sont des prolapsus postérieurs. En effet, nous avons dit que la poussée abdominale engendre une force dont la composante principale s'exerce au niveau de la région ano-rectale. Le tube génital suit alors un mouvement de translation au cours duquel le col, effaçant le Douglas, vient prendre appui, par l'intermédiaire du rectum, sur l'appareil coccygo-raphélien. Ceci n'est possible qu'à condition que le Douglas soit libre et puisse aisément s'effacer, se "virtualiser". Si, anormalement, un organe le remplit, cet organe au cours du mouvement aura tendance à être expulsé en avant et en bas suivant la coudure inférieure du sacrum. (SCHEMA N° 6).

- C'est ainsi qu'une rétroversion utérine

peut être à l'origine d'une hystérocèle.

- Si le Douglas anormalement ouvert contient des anses intestinales, celles-ci tendent à s'expulser en refoulant le cul-de-sac postérieur, créant alors l'élytrocèle : c'est là le procès des pexies antérieures qui ouvrent le Douglas.

- Enfin, un rectum en réplétion peut aussi forcer le vagin et aboutir à la rectocèle.

Les deux mécanismes peuvent s'associer, créant ainsi des prolapsus mixtes où il peut être difficile cliniquement de distinguer la part de chacun.

= Enfin, des troubles proprement viscéraux peuvent être associés, qu'ils soient urinaires, utérins ou rectaux.

1°) - Urinaires.

C'est avant tout l'incontinence d'effort ou orthostatique, d'autant plus fréquente que le prolapsus antérieur est moins important ; son mécanisme a été longtemps mal expliqué.

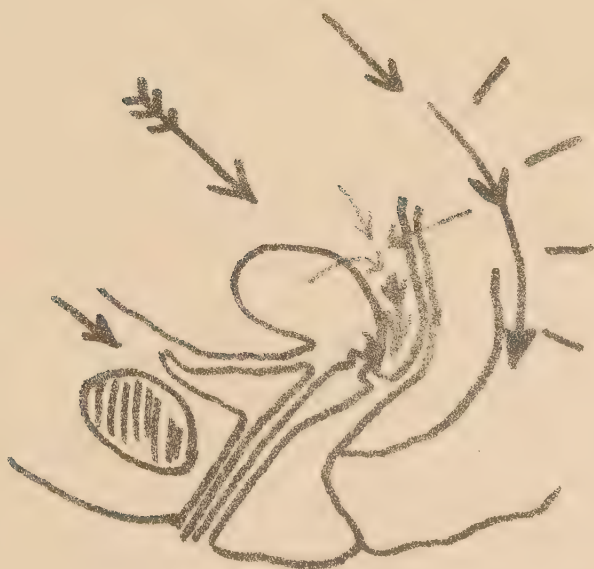
Les tests de Bonney, les études radiologiques de Jeffcoate-Roberts, l'urétro-kymographie étudiée en France par LEPAGE et BUREAU, l'étude comparée des pressions et les données du colpocystogramme ont permis de mieux comprendre le mécanisme dont il semble exister deux variétés principales.

- La première où, à l'effort, il se produit une dissociation des mouvements des deux berges urétrales, l'antérieure restant fixée aux éléments sous-pubiens, alors que la postérieure s'en écarte en bas et en arrière. Il se produit alors une "Vésicalisation" de l'urètre (LANGREDER). C'est le type A de BETHOUX. Deux raisons peuvent expliquer ces



SCHEMA 5

Urétro-cystocèle



SCHEMA 6

Mécanisme de la pulsion

faits : un défaut de soutènement du conduit vaginal et de la jonction urétro-vésicale, d'une part, et une altération pathologique des tissus sus-urétraux sous-pubiens à type de rétraction ou de sclérose, d'autre part. (SCHEMAS 7 a et b).

- La seconde relève de la cystoptose d'effort. C'est le type P de BETHOUX. Le col vésical sortant de l'enceinte manométrique pelvienne, l'urètre se laisse forcer par le simple jeu du gradient de pression. (SCHEMA 8).

Il est toujours indispensable de rechercher une incontinence, avant d'opérer un prolapsus, car elle nécessite un geste thérapeutique complémentaire et spécifique.

De plus, une volumineuse cystocèle venant faire pelote sous la jonction urétro-vésicale peut masquer une incontinence potentielle, que les examens spécialisés dont nous venons de parler auraient pu mettre en évidence avant l'intervention. En leur absence, cette incontinence apparaîtra de façon patente après la cure du prolapsus.

En dehors de l'incontinence, les prolapsus du méat sont de diagnostic et de traitement faciles et les hydronéphroses, qu'explique la chute du pédicule utérin comprimant l'uretère, sont bien rares.

2°)- La pathologie utérine associée intéresse essentiellement le col. Le relâchement de la suspension entraînant la désaxation de l'utérus fait quitter au col son appui postérieur. Si les ailerons latéraux ont encore une certaine solidité, le col progresse en direction du conduit vaginal, sous l'effet des forces expulsives. On assiste alors à son allongement hypertrophique intravaginal, souvent irrégulier, la lèvre antérieure s'allongeant plus vite que la postérieure qui se trouve appliquée sur les releveurs. (SCHEMA 10).

A l'opposé, lorsque le dôme vaginal des-

cend, si les ailerons vaginaux s'affaissent, l'isthme peut rester en place et le col va s'étirer entre ces deux zones. Ainsi est constitué l'allongement atrophique du col. (SCHEMA 9).

GRANJON a bien insisté sur le rôle aggravant de cet allongement, dans l'évolution des lésions, le col jouant alors, suivant son expression, le rôle d'un "piston qui entraînerait les parois du cylindre dans lequel il se meut". Ce fait est largement démontré par les récidives post-opératoires sous forme de trachélocèle isolée, lorsque l'amputation du col n'a pas été réalisée.

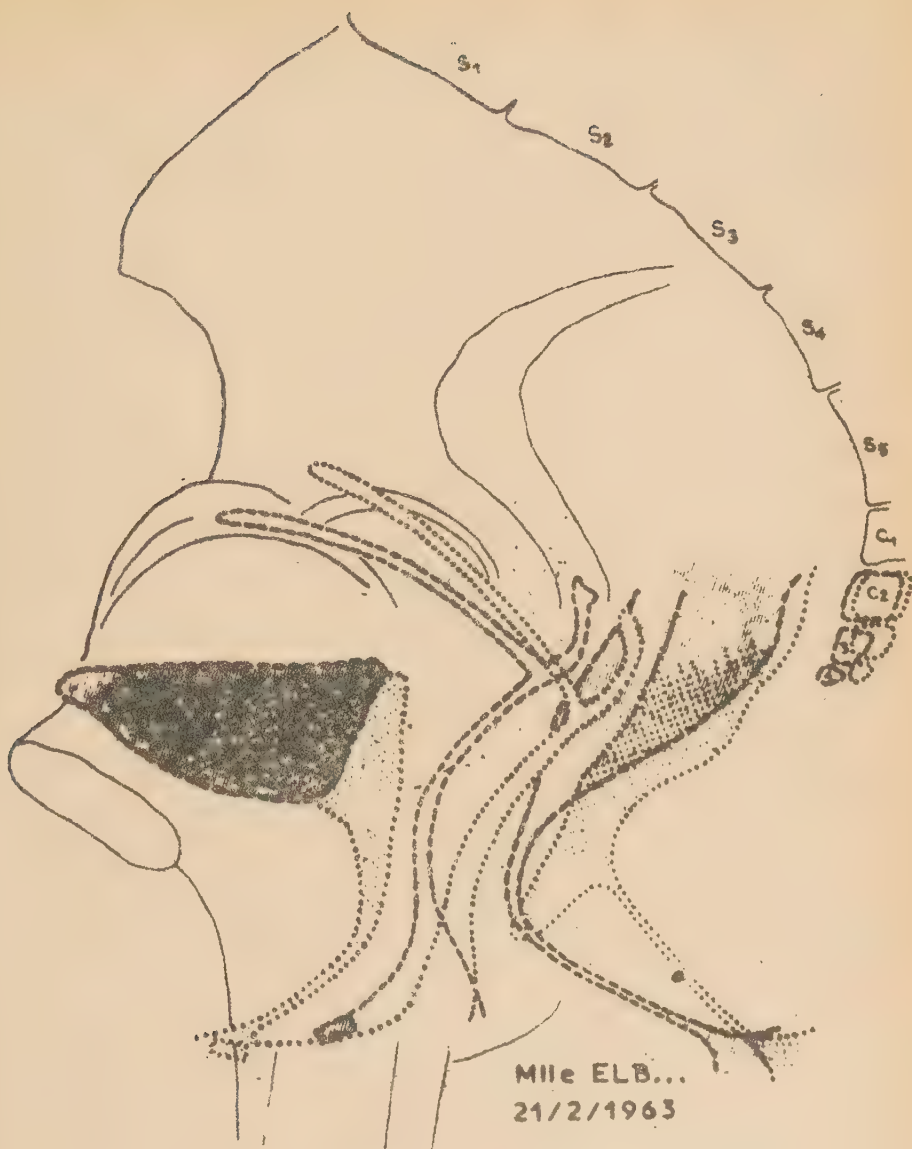
3°)- Les troubles ano-rectaux passent en règle au second plan et sortent un peu du cadre des prolapsus génitaux.

Toutefois, la rupture sphinctérienne antérieure, souvent contemporaine des détériorations périnéales obstétricales, si elle donne rarement des troubles à type d'incontinence, doit être systématiquement recherchée.

Le prolapsus rectal associé reste rare. (AUROUSSEAU et COLDEFY en ont publié plusieurs cas), bien que l'altération des moyens de fixité du rectum puisse expliquer son apparition.

La détérioration du sphincter strié et surtout des releveurs qui le soutiennent permet au prolapsus muqueux d'apparaître. Ceci aggrave la béance sphinctérienne et permet ensuite la chute du rectum si le mésocolon et les ailerons qui le suspendent sont relâchés.

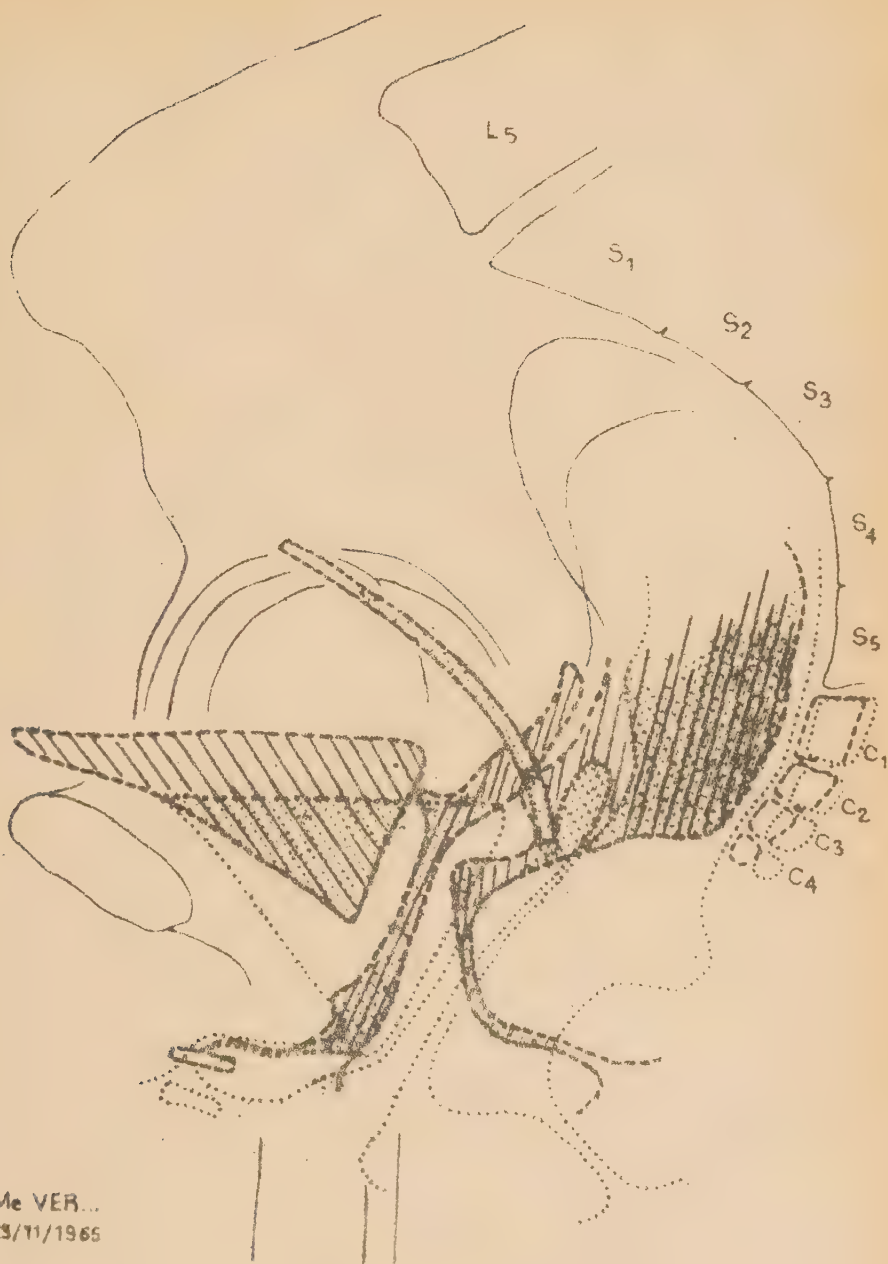
En fait, le prolapsus rectal peut apparaître en dehors de toute déficience périnéale, alors que les amarres de suspension sont intactes. Ceci explique que, pour beaucoup, le prolapsus rectal naît au niveau du Douglas, par un mécanisme un peu analogue à l'élytrocèle de pulsion (GRAHAM). La force de



SCHEMA 7a

Incontinence d'effort: le type A berge antérieure

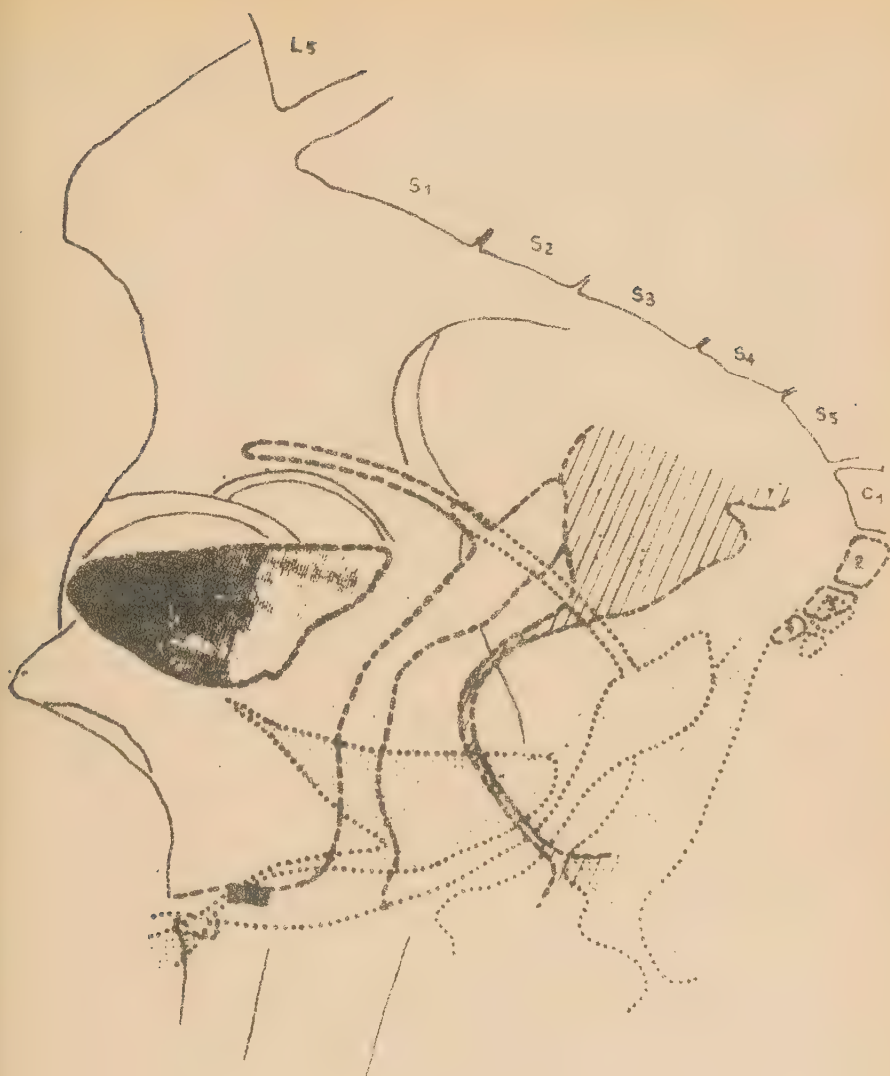
Vessie figée; vésicalisation de l'urèthre.



SCHEMA 7b

incontinence d'effort: le type A, berge postérieure.

Aspect infundibulaire du col vésical au repos.

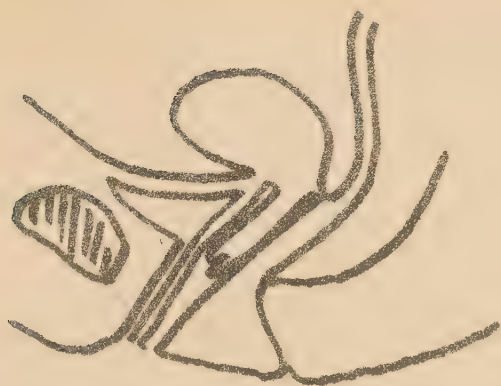


Me T.A.R.
2/5/1963

SCHEMA 8

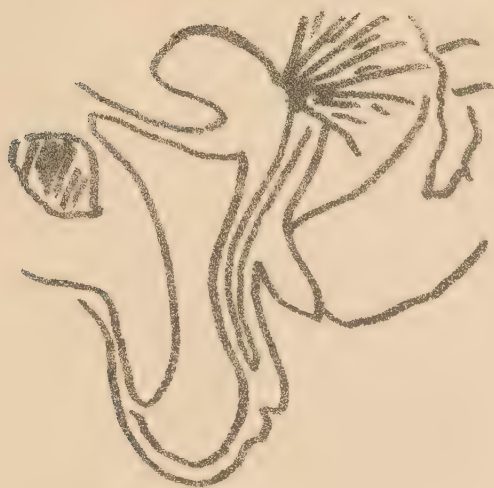
Incontinence d'effort: type P.

Vessie animée: cystoptose.



SCHEMA 9

Allongement hypertrophique du col



SCHEMA 10

Allongement atrophique du col

poussée s'exerce alors sur la face antérieure du rectum, déformant la paroi en direction de l'orifice anal. Ceci suppose un affaiblissement de la musculature rectale qui est incapable de se contracter normalement pour s'opposer à la poussée abdominale (LOYGUE).

Tels sont les troubles viscéraux, pouvant être associés au prolapsus, caractérisant les prolapsus complexes dont la cure chirurgicale devra dans tous les cas tenir compte, sous peine d'être incomplète ou d'exposer à la récurrence.

De diagnostic simple, à condition d'un examen clinique complet et méthodique, les prolapsus génitaux posent essentiellement le problème de leur cure chirurgicale. Or, il suffit de lire un Traité de Technique pour être étonné du nombre d'interventions proposées et auxquelles s'attache une foule de noms propres. C'est la preuve même que cette chirurgie plastique et réparatrice est loin d'être simple pour qui n'en a pas l'expérience, et la seule multiplicité des techniques est bien souvent le reflet de leurs fréquents échecs.

Les différents rapports aux Congrès qui ont été consacrés aux Prolapsus génitaux, les procédés techniques souvent divergents pratiqués par les différentes écoles nous montrent bien que l'accord est loin d'être fait sur ce problème.

C'est ainsi, par exemple, qu'à l'Académie de Chirurgie de Juin 1943, des jugements entièrement opposés sont portés sur la valeur de la ligamentopexie.

A la Société de Chirurgie de Lyon en 1948, POLOSSON et COTTE s'argumentent sur la valeur de l'opération de LEFORT : le premier reprochant à cette technique désunion des sutures et incontinence d'urine, que le second déclare n'avoir jamais rencontrées.

Plus récemment encore, au Congrès de Gynécologie de Marseille de 1957, spécialement consacré au Prolapsus après hystérectomie, les opinions divergent, tant sur le mécanisme d'apparition du prolapsus que sur les modalités de son traitement : les vaginalistes (MERGER) s'opposent aux promoteurs de la voie haute (AMELINE - CORDIER), et l'on ne peut conclure

qu'à la difficulté du sujet proposé.

Une courte étude historique permet de se rendre compte de l'évolution des idées en matière de traitement des prolapsus génitaux.

- C'est au XVI^e siècle que les premières tentatives chirurgicales apparaissent avec l'Ecole de Padoue qui préconise l'hystérectomie, puis Ambroise PARE qui ouvre la voie des plasties.

- Aux XIX^e et XX^e siècles, s'édifie la chirurgie contemporaine et il est peu de chirurgiens en renom qui ne se soient attachés au problème des prolapsus génitaux.

WELLES, VELPEAU, DESGRANGES, SIMS ouvrent l'ère des périnéorrhaphies, tandis que RICHELET, au Congrès de 1896, rejette l'hystérectomie vaginale. Les procédés par avivement sont d'abord les seuls utilisés et auxquels s'attachent les travaux de HEGAR, DOYEN, EMMET.

Ensuite, LEFORT et MULLER décrivent les procédés de cloisonnement du vagin.

Enfin, l'accent est mis sur l'importance des muscles releveurs dont la myorrhaphie est particulièrement recommandée après l'acquisition essentielle du dédoublement anatomique avec DOLERIS, DUVAL, PROUST et POZZI.

Les Ecoles anglo-saxonne et germanique, avec HALBAN, WERTHEIM, BUMM, MARTIN, appliquent ensuite ce procédé au temps antérieur vésico-vaginal.

Puis, l'amputation du col, sur laquelle avait déjà insisté HUGUIER en 1938, est codifiée, d'abord par BOUILLY, LENOIRANT, PETIT-DUTAILLIS, puis par le Viennois HALBAN et surtout les Anglo-saxons dont FOTHERGILL qui définit l'opération de Manchester.

Le principe de l'hystérectomie associée, déjà pratiquée par POZZI et DOYEN, se perfectionne et souvent se complique (CROSSEN, CAMPBELL). Elle est codifiée en France par BERGERET et ROUHIER.

L'Ecole française donne son nom à la "Triple opération" (à la Walther), érigée en principe sous l'influence de SAVARIAUD au Congrès de 1923. Quinze ans plus tard, LEIBOVICI et YOVANOVITCH font l'éloge des pexies antérieures, avant qu'elles ne soient si sévèrement critiquées.

Depuis quinze ans, il semble qu'on revienne à la voie vaginale pure, surtout après la remise en valeur de l'opération de Manchester en 1951, après le rapport de J.W. HUNTER qui rapporte les résultats d'une importante statistique (Congrès international, Jubil., S. Fr. Gyn.).

Les Assises françaises de Gynécologie, en 1959, reprennent cette tendance :

- MAGENDIE présente sa triple opération périnéale : variante du Manchester.

- TARTON expose son traitement intégral des fascias.

- GREEN, MAXWELL et HUNTER montrent la sécurité des résultats du Manchester à propos de 600 cas.

En 1957, MUSSET (in Thèse M. LAMY) expose une variante du Manchester et reprend modifiée l'intervention de Shirodkar de Boursay, déjà décrite en 1951.

En 1964, MERGER et LEVI exposent leur conception, uniciste et avant tout périnéo-vaginale, centrée sur la technique de Fothergill légèrement modifiée.

Parallèlement, se sont répandues, sous l'influence de HUGUIER, SCALI, les pratiques de promonto-fixation et la technique des grands hamacs de soutènement.

Quoi qu'il en soit, les buts de la technique du traitement habituel des prolapsus courants se

retrouvent toujours :

- Remise en place et maintien de la vessie ; en somme, traitement de la cystocèle, auquel se rapporte le temps vésico-vaginal antérieur.

- Maintien de l'utérus à sa place et en bonne position avec, si nécessaire, un geste complémentaire sur le cul s'il est allongé ou pathologique.

- Enfin, reconstitution de l'assise postérieure et du coin périnéal qui assurent le temps postérieur et la myorrhaphie des releveurs pratiquement toujours nécessaire.

C'est ainsi qu'il est possible de définir un certain nombre d'interventions isolées ou le plus souvent complémentaires et qui sont habituellement pratiquées : certaines variantes étant fonction de l'étendue des lésions à corriger et de l'expérience ou de l'habitude du chirurgien.

a)- Le temps antérieur vésico-vaginal doit comporter :

- une dissection très poussée de la vessie, aussi bien en avant que sur les côtés, au niveau des joues de la cystocèle, ce qui permet ainsi de remonter "au plafond" le réservoir urinaire et de préserver les uretères ;

- la réfection du plancher : soutènement de la vessie que, pour la plupart, il est préférable d'établir en deux plans :

- plan profond, réalisé grâce à la dissection, puis la réfection du fascia de Halban qui est plicaturé ;

- plan superficiel, par suture vaginale après colpectomie à la demande et fixation utéro-vaginale qui recrée ainsi le cul-de-sac antérieur.

b)- Le temps postérieur est, en pratique, toujours nécessaire. Il doit comprendre, après clivage

de la cloison recto-vaginale, une myorraphie des releveurs complétée par une colpectomie postérieure. La myorraphie, pour être efficace, oblige à un décollement très poussé, bien au-delà du plan du noyau fibreux central, pour découvrir et réunir les faisceaux musculaires là où ils sont, et ne pas exécuter une simple suture des muscles superficiels.

Toutefois, d'autant plus qu'il s'agit d'une femme jeune ou d'une femme qui n'a pas encore renoncé, cette myorraphie doit toujours rester prudente, afin de respecter la perméabilité vaginale et d'éviter, par là, l'apparition d'une dyspareunie post-opératoire toujours regrettable, que les dilatations et la diathermie ne réussissent pas toujours à faire disparaître.

De même, la colpectomie postérieure doit être bien calculée, en règle économique, pour éviter le rétrécissement vestibulaire.

c)- Les pexies utérines ont pour but de remonter l'utérus en corrigeant ses défauts d'orientation. Elles sont réalisées de plusieurs manières, selon que l'utérus est fixé en avant ou en arrière.

- Les pexies antérieures, isthmiques ou corporéales, dont on peut d'ailleurs rapprocher les interventions de Dartigues ou de Doleris, exposent à la survenue secondaire d'une élytrocèle par la béance du Douglas qu'elles créent. Elles ont été abandonnées par la plupart des gynécologues qui leur reprochent, en outre, l'apparition post-opératoire de douleurs, de troubles urinaires à type de pollakiurie ou de troubles de la fécondité. Il semble, en fait, que la hernie du Douglas peut être évitée à condition de pratiquer un cloisonnement du Douglas et que les autres troubles dont on rend responsable ce type d'intervention ont été sans doute exagérés. Néanmoins, la majorité des auteurs actuellement préfèrent :

- Les pexies postérieures, amenant l'isthme utérin au tissu fibreux du promontoire ; elles avaient

déjà été préconisées par HUET en 1939. C'est AMELINE, HUGUIER, puis SCALI qui en ont montré les avantages. Reconstituant de façon artificielle les ligaments utéro-sacrés, la promonto-fixation permet de fermer le Douglas et de reformer un mur postérieur solide.

.. Certains cas de spondylo-discites graves ont été rapportés à la suite de ces interventions.

C'est dire avec quelles conditions d'asepsie cette technique doit être pratiquée, et d'ailleurs beaucoup refusent de l'effectuer lorsqu'il a été nécessaire, dans la même séance opératoire, de faire la cure du prolapsus par voie basse, ou une hystérectomie avec ouverture des voies génitales.

. Des occlusions post-opératoires par lâchage de la péritonisation ont aussi été signalées et il faut souligner le soin tout particulier qu'il faut apporter à ce temps de l'intervention en péritonisant au fil non résorbable.

. Enfin, il paraît certain qu'une telle intervention ne peut être proposée aux femmes souffrant d'aigies vertébrales, lombaires ou sacro-iliaques dont les troubles ne peuvent qu'être majorés.

d) - Lorsque le col est pathologique - les frot-tis étant systématiquement pratiqués avant l'intervention - ou lorsqu'il est allongé, ou même de façon systématique pour certains, dont MUSSET et MERGER, il y a lieu de pratiquer conjointement une amputation haute du col.

Habituellement, on pratique l'intervention de Manchester mise au point par DONALD et FOTHERGILL. Elle réalise une amputation supra-vaginale du col après ligature et section des ligaments cardinaux et utéro-sacrés qui sont transposés en avant de l'isthme et l'attirent vers l'arrière.

Certains, toutefois, laissent les ligaments en place (triple opération périnéale) ou les croisent sous la vessie en les amarrant aux branches ischio-

pubiennes ou aux parties latérales du surtout fibreux sous-symphysaire.

D'autres ont légèrement modifié la technique, tel MUSSET qui pratique une résection du bas-fond du Douglas en s'inspirant de l'intervention de Shirodkar.

Les avantages d'un tel type d'intervention ne sont pas discutables, car :

- Il préserve les possibilités de reproduction.
- Il remet en tension les attaches cervico-isthmiques de l'utérus et corrige par là même une éventuelle rétroversion par la transposition des utéro-sacrés.
- Il supprime enfin un organe souvent pathologique et empêche la survenue de récédive du prolapsus sous forme de trachélo-ptose isolée.

Par contre, il s'agit d'une intervention difficile et, chez la femme jeune, les risques d'ordre obstétrical sont importants : stérilité, menaces d'avortements, anomalie de la dilatation pendant le travail. Pour beaucoup d'accoucheurs, le cerclage du col est nécessaire et la césarienne recommandée.

En fait, les résultats des interventions "type Manchester" sont tels que beaucoup la considèrent comme l'intervention de base applicable au traitement de la majorité des prolapsus génitaux :

- . GIBSON donne 80 % de succès.
- . HILL et HEAL, 78,9 %.
- . CONGER et KETTEL ne signalent que 4,8%

d'échecs.

Chez les femmes ménopausées, à utérus sain, de volume normal et en position normale et qui présente une cystocèle isolée, l'interposition vésico-vaginale est une intervention peu choquante, rapide et facile à réaliser. L'utérus forme ainsi une pelote sous-vésicale et assure une guérison stable de la cystocèle. Un utérus volumineux ne permet pas d'em-

ployer cette technique, à moins d'avoir recours à l'artifice de Spalding-Richardson, à vrai dire peu employé. Par contre, l'existence d'une hystéroptose contre-indique tout à fait ce genre d'intervention.

ZACHEIL et TISHER reprochent à l'intervention de Wertheim-Shauta, un important nombre de récurrences qu'ils expliquent par les constatations suivantes :

- L'utérus accentue l'antéversion forcée que lui a donnée l'intervention, si les ligaments cervico-isthmiques sont relâchés.
- La paroi antérieure du vagin se déroule.
- Parfois, l'utérus ne tient pas et bascule en arrière.
- Enfin, l'existence d'une incontinence d'urines associée ne peut être qu'aggravée.
- Le col peut s'allonger et créer ainsi une pseudo-récidive du prolapsus.

En fait, il semble que les résultats de l'interposition vésico-vaginale soient très appréciables, à condition :

- d'y associer une amputation du col, si celui-ci est allongé ;
- de suturer le péritoine vésical le plus haut et en arrière possible, à la face postérieure du corps utérin ;
- de fixer les cornes utérines au pubis ;
- et de compléter l'intervention par une myorraphie efficace des releveurs.

e)- Les hystérectomies vaginales et surtout les colpo-hystérectomies gardent la préférence chez la femme âgée dont l'utérus est presque ou totalement extériorisé. En effet, elles permettent l'ablation d'un organe qui a perdu droit de cité, qui est souvent pathologique, et la reconstitution du plancher périnéal.

- La colpo-hystérectomie vaginale type Pozzi-Rouhier est la plus classique, réalisant un

accolement recto-vésical.

Intervention facile et rapide, elle peut donner d'excellents résultats sur le plan du prolapsus, mais l'accolement direct entre vessie et rectum peut être responsable d'une incontinence d'urine à l'effort par distorsion et attraction vers l'arrière de la paroi urétrale postérieure et effacement de l'angle uréthro-cervical.

CORDIER et THOYER-ROZAT ont, dans ce but, modifié la technique :

- . en rendant plus lâche l'accolement recto-vésical,
- . en pratiquant des bourses étagées sur la vessie,
- . en faisant une colpectomie, moins étendue.

D'autres auteurs ont modifié la technique en interposant les ligaments cervico-isthmiques de l'utérus entre la vessie et le rectum.

. CROSSEN les réunit entre eux sur la ligne médiane.

. CAMPBELL croise les utéro-sacrés et les amarre sous la symphyse pubienne.

Si, par ces méthodes, la reconstitution du plancher sous-vésical paraît plus satisfaisante dans l'immédiat, en fait les éléments qui servent à cet effet, même s'ils sont remis en tension, ont déjà fait la preuve de leur insuffisance et nombreuses sont les récidives de cystocèle après de telles interventions.

f)- Chez certaines femmes âgées, à l'état général précaire, nécessitant une intervention rapide et peu choquante, le cloisonnement du vagin garde certaines indications. Conservant un canal antérieur médian (LABHARDT) en un double canal latéral (LEFORT), qui permet en théorie l'écoulement des sécrétions utérines, ces interventions, malgré leurs bons résultats anatomiques, laissent en fait un organe qui peut devenir pathologique et qui est devenu inaccessible aux explorations. Par ailleurs, la sclérose créée par l'accolement des deux faces du vagin entraîne une

distorsion de l'urètre et une variation du cap uréthro-cervical responsable d'incontinence urinaire d'effort post-opératoire. C'est pourquoi LEPAGE et BUREAU (in Thèse LELIRZIN) condamnent formellement le Lefort et n'en pratiquent jamais.

= Telles sont donc les principales interventions habituellement proposées, bien codifiées, quoique souvent modifiées ou même compliquées suivant les Ecoles ou les idées de chacun.

= Mais, dans certains cas, l'existence de troubles associés ou de conditions anatomiques particulières oblige à pratiquer un acte complémentaire, voire même à réaliser des interventions majeures qui appartiennent alors plus volontiers à la spécialité. C'est dans ce domaine qu'il faut envisager :

- les prolapsus survenant après hystérectomie,
- la coexistence d'un fibrome, d'une élytro-cèle ou d'un prolapsus rectal avec le prolapsus génital,
- l'incontinence urinaire d'effort.

* Le prolapsus survenant après hystérectomie pose en effet, parfois, de délicats problèmes de traitement. Le Congrès de Marseille de 1957, exclusivement consacré à ce sujet, n'avait pas abouti à une codification nette des idées. Toutefois, sous l'influence de MERGER et ses élèves, d'une part, et de l'Ecole de BROCA, d'autre part, deux types d'intervention sont actuellement proposés, mais restent dépendants des conditions anatomiques.

S'il s'agit d'un prolapsus survenant après hystérectomie subtotale, le problème reste relativement simple. Pour certains de façon systématique (MERGER, ROMAN), pour d'autres seulement si le col est pathologique, il est nécessaire de totaliser l'hystérectomie par voie basse en pratiquant l'opé-

ration de Bickel : les ligaments péri-cervicaux, faciles à repérer puisque le col est en place, sont remis en tension et, comme dans la colpo-hystérectomie de Campbell, servent à rétablir un plancher sous-vésical solide. Une colpectomie plus ou moins étendue, suivant le cas, complète l'intervention.

La suspension du col restant - à condition qu'il soit sain - au promontoire, suivant la technique de AMELINE-HUGUIER, est une autre solution simple et rapide qui permet de conserver la perméabilité vaginale. Cependant, elle oblige à la laparotomie, nécessite des conditions d'asepsie parfaite et comporte toutes les exigences de la promonto-fixation.

Tout différent est le prolapsus du dôme vaginal après hystérectomie totale : la reconstitution du plancher sous-vésical, à l'aide des formations cervico-isthmiques, n'est guère possible, car on ne peut plus accéder au système ligamentaire noyé dans le tissu de sclérose ; de plus, les plans de clivage sont très difficiles à trouver par voie basse.

Certes, chez les vieilles femmes qui ont définitivement renoncé, le colpo-cléisis, associé à une myorraphie postérieure solide, apporte généralement et à peu de risques une solution efficace.

En revanche, chez les femmes jeunes ou désireuses de poursuivre leur activité sexuelle, le problème est bien plus difficile à résoudre.

Une cystocèle isolée sans chute du dôme vaginal peut être traitée par une simple colporraphie antérieure avec suture de Halban, mais on s'expose aux difficultés techniques de dissection qui sont parfois considérables et les blessures de la vessie ne sont pas rares.

Une chute isolée du dôme vaginal peut de même être traitée par promonto-fixation à l'aide d'une bandelette de peau ou de mersylène, à la manière d'AMELINE-HUGUIER.

En fait, bien souvent, le prolapsus est total et le soutènement des organes du bassin doit être reconstitué dans son ensemble. Il s'agit donc d'une chirurgie complexe et difficile à laquelle, en France, l'école de Broca a affecté une importante contribution avec la pratique des grands soutènements par matériel inerte :

- soit grande prothèse unique, formant un hamac sous-vesical dont les deux attaches antérieures enfourchent le col vésical et sont fixées soit à l'ogive pubienne, soit à la paroi abdominale antérieure et dont l'amarrage postérieur, solidarisée au tube génital, s'effectue au niveau du promontoire ;

- soit prothèse partielle, postérieure, où le hamac engagé dans le décollement vésico-vaginal jusqu'au contact du col vésical est solidarisé à la fois à la vessie et au vagin, la fixation au promontoire restant identique, et à laquelle peut être "articulée" une prothèse antérieure complémentaire destinée à épauler ou remettre en place le col vésical.

Ces interventions sont longues, minutieuses et réclament le luxe et les précautions de la grande chirurgie abdominale.

De plus en plus souvent pratiquée par voie haute exclusivement, l'asepsie peut en être ainsi plus vigoureuse et paraît écarter les risques d'infection ou d'élimination du matériel de prothèse, risques non négligeables des interventions pratiquées par voie mixte.

Certains auteurs réalisent un soutènement transversal de la filière uro-génitale :

ORSONI fixe le dôme vaginal aux ligaments de Cooper.

KAPANDJI réalise de façon plus complexe une cysto-colpo-isthmopexie par bandelette transvésicale.

* La coexistence d'un fibrome et d'un pro-

lapsus n'est nullement exceptionnelle : 5 % pour MUSSET.

Lorsqu'il s'agit d'une volumineuse tumeur, interdisant, par son importance, l'hystérectomie vaginale, c'est à la voie mixte qu'il faut recourir : myomectomie ou hystérectomie par voie haute et réfection périnéale par voie basse. Certains font de façon systématique la promonto-fixation du col après hystérectomie subtotale chez la femme jeune.

* L'élytrocèle doit être systématiquement recherchée au cours de l'examen d'une femme atteinte de prolapsus, car sa méconnaissance entraîne l'échec de l'intervention. Si l'élytrocèle primitive est aisément supprimée par résection du cul-de-sac après dissection au cours d'un temps périnéal postérieur, par contre la hernie du Douglas, secondaire, oblige à recourir à la voie haute. On sait le rôle favorisant qu'on fait jouer aux pexies utérines antérieures dans la survenue de ces élytrocèles, et l'on sait les procès sévères qui ont été faits à semblable intervention, véritablement frappée d'interdiction. Quelles que soient les parts de responsabilité, il faut, de toute façon, démonter la pexie et effectuer une résection du bas-fond du Douglas, voire pratiquer une véritable Douglasséctomie, selon la technique mise au point par JAMAIN et LE TESSIER,

* Quant au prolapsus rectal, il reste à la limite de notre étude et, en fait, est assez rarement rencontré, associé au prolapsus génital. COLDEFY, BONNET et FOURCADE ont publié plusieurs cas semblables, rencontrés et traités à l'Hôpital Sainte-Anne. Leur technique, associant la rectopexie à la façon de Orr-Loygue et le procédé d'Huguier : la même prothèse servant au soutènement de la vessie, du tube génital et du rectum, semblent donner d'excellents résultats.

* L'incontinence d'urine est une complication assez souvent rencontrée au cours des prolapsus géni-

taux. Elle pose des problèmes d'indication thérapeutique et de technique opératoire qui conditionnent le pronostic.

Dans tous les cas, l'incontinence doit être systématiquement recherchée et nécessite une minutieuse exploration clinique qui pourra, dans certains cas, être complétée par d'autres examens spécifiques.

Il est, en effet, capital, avant tout, d'éliminer certains troubles fonctionnels qui peuvent revêtir le masque d'une incontinence, mais qui ne sont que de fausses incontinenances d'effort:

- Pollakiurie, où les mictions sont contrôlables.

- Mictions impérieuses, souvent rythmées par le cycle génital, où le besoin d'uriner est perçu mais sans que la malade puisse y résister longtemps.

- Mictions involontaires ne survenant pas à l'effort, relevant d'une fistule vésico-vaginale ou de l'abouchement aberrant d'un uretère

- Incontinences ne survenant pas à l'effort, qu'il s'agisse de mictions par regorgement ou dépendant d'affections neurologiques.

C'est donc spuligner l'intérêt d'un interrogatoire très soigneux qui permet d'authentifier l'incontinence d'effort et qui survient typiquement lors de toute contraction des muscles abdomino-thoraciques susceptibles d'élever la pression abdominale.

Cliniquement, une épreuve simple, l'épreuve de Bonney, permet d'objectiver l'incontinence. La seule pratique de ce test, lorsqu'il s'avère positif, permet de penser que l'incontinence sera guérie par une réposition correcte du col.

D'autres examens complémentaires ne sont pas de pratique courante, mais peuvent parfois rendre de grands services :

- l'urétro-kymographie, qui permet d'étudier le tonus sphinctérien ;

- l'enregistrement consécutif des pressions vésicales, urétrales et vaginales ;

- l'urétro-cystographie rétrograde, sur laquelle ont insisté JEFFCOATS et ROBERTS et qui permet de visualiser l'angle urétro-cervical postérieur normalement compris entre 90° et 130°;

- enfin et surtout, la pratique plus récente du colpocystogramme, qui a permis à BETHOUX et BORY de distinguer les deux types d'altérations anatomiques responsables de l'incontinence d'effort.

Ainsi, il paraît que l'incontinence et le prolapsus, bien que coexistants, bien que liés à une même cause, ne dépendent pas l'un de l'autre. L'élément mécanique marqué par le déroulement vésical, l'étirement de l'urètre, les modifications de l'angle urétro-vésical à l'effort, dépendant du relâchement des supports urétro-cervicaux, reste l'élément essentiel auquel s'ajoutent des facteurs vaso-moteurs, humoraux et psychiques non négligeables, sur lesquels agiront la gymnastique, le traitement médical et la psychothérapie.

Il est aussi important de dépister une incontinence "potentielle", susceptible d'apparaître après la cure du prolapsus si celle-ci n'a pas été dépistée. En effet, le prolapsus peut faire pelote sous la jonction urétro-cervicale et masquer l'incontinence. Ou encore, une chute importante du bas-fond de la vessie peut former une chambre d'expansion, véritable soupape de sécurité, suivant l'expression de DARGENT et GRANJON, où les urines sont chassées lors de la poussée abdominale et ce qui empêche à l'incontinence de s'extérioriser.

HUGUIER a d'ailleurs bien insisté sur l'intérêt de réduire d'abord cliniquement le prolapsus, avant de rechercher l'incontinence, et la pratique systématique du colpocystogramme, devant toute cystocèle importante, doit permettre de l'affirmer.

Bien que LEPAGE et SUREAU rapportent 77,8 % de bons résultats par la cure habituelle du prolapsus

sans acte complémentaire spécifique, il paraît indispensable de reposer et de fixer le col vésical à sa place normale derrière la partie moyenne de la symphyse pubienne.

- La réfection du col vésical selon la technique de MICHON, facile et simple, est la plus communément pratiquée. Elle donne de bons résultats dans les petites incontinences et à condition qu'elle soit bien faite.

- Les interpositions vésico-vaginales, créant une pelote sous-vésicale, donnent aussi de bons résultats quand elles peuvent être pratiquées.

- Mais lorsqu'il s'agit d'incontinence patente ou d'incontinence post-opératoire, la majorité des auteurs préfèrent les interventions par voie haute ou mixte.

- Les uréthro-cervico-cystopexies, qu'il s'agisse de l'opération de Marshall-Marchetti, Krantz ou de la technique décrite par PERRIN ou LEGER, ces interventions retendent l'urètre raccourci et referment l'angle uréthro-cervical.

- Suspension par fronde qui, quelles que soient les techniques employées (Michon, Goebell-Stoekel ou Delinotte) et les matériels employés, soulève le col et la partie adjacente de l'urètre, avant tout pour recréer l'angle uréthro-cervical et réintégrer la partie supérieure de l'urètre dans l'enceinte abdominale.

En fait, ces dernières méthodes posent un double problème technique :

- celui de l'emplacement exact qu'il faut donner à la fronde et son maintien à l'endroit choisi;
- et celui du degré de tension à donner à la fronde qui doit être suffisant pour ne pas risquer l'échec. Mais une tension trop forte expose à la nécrose tissulaire ou à la rétention post-opératoire.

N O S R É S U L T A T S

Dans cette étude, nous avons réuni 200 cas de prolapsus génitaux opérés. Ces observations proviennent toutes des Services de notre Maître, Monsieur le Professeur Marcel ROUX, et du Service du Professeur Agrégé CHATELIN (Hôpital de Monaco). Les indications et les modalités thérapeutiques présentent une certaine homogénéité et nous ont semblé permettre de façon satisfaisante une analyse et un bilan concrets.

Il nous a paru possible, dans ces conditions, de dégager une conception thérapeutique qui semble assez bien codifiée et d'en apprécier les résultats dans l'optique de la chirurgie non spécialisée, mais qui n'en reste pas pour autant moins critique.

Pour notre travail, nous avons colligé toutes les observations de prolapsus génital rencontrées depuis quinze ans ; seules ont été retenues celles des femmes qui, ayant été opérées, ont pu être retrouvées, convoquées et donc examinées récemment. En outre, un questionnaire leur a été soumis, permettant ainsi d'apprécier les résultats fonctionnels et généraux de l'intervention pratiquée.

Cependant, nous nous sommes permis d'inclure dans notre travail 26 observations de femmes qui ont été perdues ou sont actuellement décédées, mais dont un examen pratiqué à distance de l'intervention avait néanmoins permis d'en juger le résultat.

C'est ainsi que, sur 280 cas de prolapsus génital opérés, seules ont été retenues 200 observations

permettant un travail valable pour tirer des conclusions pratiques.

Après avoir étudié chaque cas selon un schéma type, comportant principalement les lésions initiales, le type d'intervention et les résultats fonctionnels et cliniques, les observations ont été reportées sur un tableau récapitulatif permettant une appréciation d'ensemble.

Nous avons ensuite reconsidéré les observations en les groupant selon le type de l'intervention pratiquée, ce qui nous a permis d'en juger les résultats en fonction des lésions initiales. Il est clair que, dans ce chapitre, certaines observations seront citées deux fois lorsque la femme a subi dans le même temps les deux types d'intervention.

Parmi les 201 cas, 40 femmes avaient déjà subi une intervention gynécologique et doivent donc être considérées comme des patientes de seconde main ;

15 avaient subi une hysté-
rectomie subtotale,
4 avaient subi une hysté-
rectomie totale,
21 avaient déjà été opérées
pour prolapsus et avaient subi une périnéorraphie
antérieure et postérieure, dont malheureusement les
protocoles opératoires n'ont pu, le plus souvent,
être retrouvés.

En outre : 2 avaient eu une pexie utérine antérieure,

1 avait eu un Manchester,

1 avait eu un cloisonnement du Douglas avec cure d'élytrocèle.

LES PÉRINÉORRAPHIES ANTÉRIEURE ET POSTÉRIEURE *****

Dans 92 cas, a été pratiquée la classique périnéorrhaphie associant un temps antérieur sous-vésical et un temps postérieur avec myorrhaphie des releveurs.

Il s'agissait de femmes dont l'âge se répartit de la façon suivante :

- moins de 40 ans	12
- de 40 à 50 ans	23
- de 50 à 60 ans	28
- de 60 à 70 ans	24
- au-dessus de 70 ans	5

Plus d'un tiers de ces femmes avaient présenté plusieurs accouchements, souvent dystociques avec épisiotomie ou déchirures périnéales plus ou moins bien réparées initialement.

Il s'agissait le plus souvent de prolapsus antérieur largement dominé par la présence d'une cystocèle, avec un utérus "en place" ou descendant très peu et associé dans environ un tiers des cas à un prolapsus postérieur à type de colpocèle ou de rectocèle.

De plus, 12 femmes présentant une rétroversion utérine ou un utérus très mobile avec Douglas normalement profond ont subi dans le même temps un cloisonnement du Douglas et un raccourcissement des ligaments ronds et des utéro-sacrés par voie abdominale.

Une femme a subi dans le même temps une hystérectomie subtotale par voie haute pour fibrome et une autre, pour la même raison, une hystérectomie totale intra-faciale selon la technique d'Aldrige.

Avec un recul de 1 à 15 ans, les résultats peuvent se juger comme suit :

- Dans 77 cas, les résultats sont indiscutablement satisfaisants sur le plan périnéal.
- Il existe 16 cas où les résultats sont ju-

gés insuffisants, voire franchement mauvais (24 %).

On ne peut qu'être frappé par ces chiffres. Dans une statistique récente (Thèse de LIRZIN), LEPAGE et SUREAU dénigrent ce "banal périnée antérieur et ce périnée postérieur" qui leur ont rapporté, selon eux, près de 50 % d'échecs : il est vrai qu'ils n'expliquent pas à quelle catégorie de prolapsus cette technique a été appliquée. Pour notre part, il est incontestable que cette technique ne peut s'appliquer qu'à une certaine variété bien particulière de prolapsus. Et il n'est, pour ce faire, que d'analyser les échecs qui se décomposent de la façon suivante :

= 16 récidives de prolapsus comprenant :

- 9 cas de prolapsus utérin pur, auxquels il convient d'ajouter une trachéoptose, apparue chez une femme opérée dans le même temps d'une hystérectomie subtotale.

- 6 cas de prolapsus antérieurs avec 4 cystocèles et 2 urétrocèles.

- 1 cas d'élytrocèle.

= 8 complications de la cure opératoire, comprenant :

- 2 incontinences apparues assez rapidement après l'intervention chez des femmes qui ne présentaient aucune incontinence effective ou patente auparavant.

- 6 dyspareunies secondaires doivent être ajoutées à cette liste dont 4 ont pu être améliorées ou ont nettement régressé.

En reprenant chacune des observations concernées par les échecs, nous avons pu faire les constatations suivantes :

- Sur les 8 cas de récidives sous forme de prolapsus utérin isolé, 6 présentaient lors de l'examen initial une hystérocèle avec un col s'abaissant faci-

lement à la traction, et 1 un allongement hypertrophique du col.

- Sur les 6 récidives à type de prolapsus antérieur, 1'un n'avait pas eu de temps antérieur sous-vésical, 2 avaient seulement subi une colpectomie antérieure simple par avivement.

- Enfin, le dernier cas avait été opéré, on ne sait pourquoi, au troisième mois d'une grossesse qui devait se terminer par voie basse.

- Quant aux 2 incontinences, il s'agissait de volumineuses cystocèles chez des femmes jeunes qui pouvaient présenter une incontinence initiale potentielle secondairement démasquée.

C'est ainsi qu'il nous paraît que la double périnéorrhaphie antérieure et postérieure reste une intervention simple, rapide et pouvant apporter des bénéfices non négligeables à condition qu'elle soit pratiquée suivant des règles strictes.

1°)- Règle d'indication d'abord.

Ne comportant pas de temps moyen, elle ne reconstitue pas les moyens de suspension cervico-isthmiques de l'utérus et ne touche pas au col qui, s'il est allongé ou hypertrophié, en dehors de toute pathologie, "tend à s'enfoncer en coin et à forcer le passage vers le hiatus génital", même lorsque celui-ci a été correctement reconstitué. Il est donc certain que, lorsqu'il existe un prolapsus utérin même discret ou un allongement pathologique du col, cette intervention reste insuffisante et incomplète.

2°)- Règle de technique ensuite.

Le temps vésical doit comporter une dissection haute de la vessie jusqu'au voisinage du col. La réparation du plancher périnéal doit s'établir en deux plans, grâce à la dissection, puis la plicature sous-cervico-vésicale du fascia de Halban, qu'il est bien rare de ne pas retrouver si l'on a soin d'en commencer

la recherche à distance de la ligne médiane.

Enfin, le temps postérieur, toujours nécessaire, doit comporter une véritable myorraphie des releveurs, nous l'avons déjà souligné, de préférence à l'aide de fils non résorbables (nous employons du lin iodé), tout en respectant la perméabilité vaginale surtout chez la femme jeune.

LA TRIPLE OPÉRATION *****

La triple opération "à la Française", déjà préconisée par SAVARIAUD au Congrès de 1923, est remise en faveur en 1938. LEIBOVICI et YOVANOVITCH déclarent, en effet, à cette époque, que la suspension antérieure de l'utérus constitue le rôle thérapeutique principal dans la cure des prolapsus génitaux. Plus proche de nous, FUNCK-BRENTANO soulignait encore le rôle important de cette intervention dans la cure de la cystocèle qui assure ainsi le maintien de "tuteur utérin" de la vessie.

Depuis, nous savons quel procès a été fait à ce genre de technique, de quels maux elle a été chargée, les gynécologues l'ayant tout à fait bannie de leur pratique chirurgicale.

Il n'en reste pas moins que, sur 200 prolapsus opérés, nous avons retrouvé 41 observations où cette intervention a été pratiquée, soit dans 1/5 des cas.

L'âge des femmes se répartit de la façon suivante :

- Moins de 40 ans	2
- Entre 40 et 50 ans	2
- Entre 50 et 60 ans	22
- Entre 60 et 70 ans	13
- Au-delà de 70 ans	2

Dans 4 cas, il s'agissait d'une récurrence de prolapsus déjà opéré par voie basse.

La pexie utérine abdominale antérieure, isthmique ou, le plus souvent, corporeale (et dont nous avons rapproché 3 cas comprenant 1 Dartigues, 1 Dole-
ris, 1 Pellanda) :

- 34 fois, a été associée à un temps périnéal comprenant :

- . un temps antérieur vésical avec, dans la plupart des cas, une dissection du fascia de Halban),
- . un temps postérieur de myorrhaphie des releveurs.

- 6 fois, a été associée au seul temps périnéal postérieur en l'absence de tout prolapsus antérieur.

- 1 fois est restée isolée, simplement associée à un cloisonnement du Douglas, alors qu'il s'agissait d'une hystéroptose isolée.

Les résultats d'une telle intervention sont, dans l'ensemble, très satisfaisants.

En effet, sur la totalité des 41 cas, 37 ont eu un excellent résultat : périnée solide, col haut situé et ne descendant pas. Pas d'élytrocèle et aucune incontinence. Bien qu'il s'agisse d'une série peu importante, on ne peut qu'être étonné d'une telle proportion de résultats satisfaisants eu égard aux critiques actuellement faites à une telle technique.

4 cas seulement ont eu un mauvais résultat : ils se répartissent de la façon suivante :

. 3 récidives : 1 cystocèle,
2 élytrocèles sessiles associées à une rectocèle.

. 1 complication : incontinence d'effort du premier stade.

- La cystocèle concerne une femme de 60 ans qui présentait déjà une récidive de prolapsus opéré par voie basse et dont la deuxième intervention n'avait pas comporté de temps antérieur sous-vésical (162).

- Les 2 élytrocèles (157 et 187) ont été réopé-

rées, par voie mixte, l'une ayant nécessité en outre une recto-hiéropexie postérieure à la peau étant donné l'importance de la rectocèle.

LEPAGE et SUREAU rapportent dans leur statistique 15 élytrocèles sur 48 cas opérés de cette manière (plus d'un tiers des cas). Encore ne précisent-ils pas si les femmes ont eu en même temps une opération périnéale. Ne s'agirait-il donc pas alors d'élytrocèles méconnues initialement, même minimes, et dont la pexie antérieure vient donc de façon naturelle hâter le développement et donc la traduction clinique.

Par ailleurs, dans le reste de notre série, nous avons relevé 3 élytrocèles, soit 5 % du total des prolapsus opérés,

dont 5 ont été traitées uniquement par voie basse avec un bon résultat ;

dont 3 ont été opérées par voie haute comprenant une Douglasséctomie associée à un temps postérieur périnéal.

De la même manière, l'allongement atrophique du col, dont la conception est facile à comprendre, ne nous a pas paru une complication particulièrement nette de ce genre d'intervention. Si le col supra-vaginal est étiré entre le corps utérin maintenu fixé et le col intra-vaginal, c'est que ce dernier est attiré par le vagin insuffisamment soutenu : ce qui ne se produit pas lorsque la périnéorraphie a été pratiquée dans le même temps.

Nous avons, par contre, constaté dans quelques cas (6) l'existence de douleurs abdominales antérieures, au niveau de la pexie et qui n'étaient vraiment importantes que dans un seul des cas.

Ainsi, nous nous croyons autorisé à dire que la triple opération pratiquée à notre manière donne de bons résultats, à la condition :

- de pratiquer par préférence une hystéropexie corporéale.

Elle semble conserver une certaine souplesse dynamique aux organes pelviens. En particulier, les troubles vésicaux, en rapport avec un étalement ou une traction excessifs du réservoir urinaire, et que l'on rencontre avec plus de fréquence après les hystéropexies isthmiques, ne se rencontrent pratiquement jamais.

- d'une péritonisation supérieure avec extra-péritonisation de la zone d'accolement utéro-pariétale pour éviter le risque d'occlusion ;

- d'un cloisonnement du Douglas qui, sans être systématique, doit être pratiqué lorsque le Douglas forcément ouvert paraît anormalement large et béant ;

- de la déconseiller chez la femme encore jeune, susceptible de grossesse, à cause des troubles de la fécondité qui menacent la femme après semblable intervention.

LE MANCHESTER

L'opération de Manchester a été pratiquée 8 fois chez nos patientes.

Leur répartition selon l'âge s'établit de la façon suivante :

- de 30 à 50 ans	3
- de 50 à 60 ans	4
- plus de 60 ans	1

A chaque fois, elle a été associée à une myorraphie des releveurs.

Deux fois, elle s'est accompagnée d'une intervention de Marion, alors qu'il existait une incontinence du 2^{me} stade (74 - 193).

Une fois, elle a été associée à une hystérecto-

mie subtotale abdominale pour fibrome (74).

Cette intervention a été proposée chez des femmes qui présentaient dans tous les cas un allongement pathologique important du col avec prolapsus antérieur. Dans 3 cas, il existait en outre une hystérocèle du 1er au 2me degré.

Les résultats sont bons et tout à fait satisfaisants dans 6 cas : bon résultat périnéal, col correctement recouvert et en place. Aucun trouble fonctionnel.

Un cas représente un échec, avec récurrence du prolapsus chez une femme de 49 ans (38) sous forme de cystocèle et d'hystéroptose du 2me degré et qui a dû être repris.

Une autre femme, devenue dyspareunIQUE, qui présentait une incontinence du 2me stade avant l'intervention, n'a eu aucune amélioration de ses troubles urinaires. Il est vrai qu'aucun temps spécifique n'avait été pratiqué.

Il paraît donc que l'intervention de Manchester présente un intérêt incontestable dans certaines circonstances, intérêt qui réside essentiellement dans l'amputation du col qu'elle réalise. Ainsi est supprimé l'allongement atrophique ou hypertrophique du col ; le mécanisme du "col piston" décrit par GRANJON disparaît, et enfin est créé autour du moignon cervical un anneau de sclérose qui vient renforcer la zone péricervicale. De plus, la transposition antérieure des ligaments tendineux et surtout des utéro-sacrés permet une réorientation correcte du moignon du col qui regarde directement sur le centre tendineux du périnée reconstitué.

Quant au soutien du prolapsus vésical, le Manchester ne réalise rien de plus qu'une périnéorrhaphie antérieure avec plicature de Halban. Elle ne saurait donc, à nos yeux, représenter une indication dans la

cure de la cystocèle isolée.

Les conséquences sur la fécondité d'une telle intervention font que le Manchester ne doit pas, en principe, être proposé aux femmes jeunes désireuses de maternité. La seule femme de notre étude qui aurait pu devenir enceinte avait 30 ans, deux enfants et ne désirait plus d'autre grossesse.

INTERPOSITION VÉSICO-VAGINALE *****

Nous avons retrouvé 5 cas d'interposition vésico-vaginale de l'utérus. Toutes les femmes avaient plus de 50 ans et moins de 72 ans. A chaque fois, il s'agissait d'une cystocèle importante dont deux s'accompagnaient d'une incontinence du 2^{me} stade.

Trois résultats sont tout à fait satisfaisants, l'utérus est bien en place et la pelote sous-vésicale paraît efficace. Il faut souligner ici la disparition de l'incontinence signalée ci-dessus (107).

Par contre, un résultat est franchement mauvais, avec récurrence complète, par lâchage de l'interposition et réapparition de l'incontinence urinaire qui avait été améliorée mais non guérie totalement (31).

Un deuxième cas montre une persistance de la cystocèle (14), compliquée d'incontinence d'effort du deuxième stade. Il s'agissait ici d'une volumineuse cystocèle détériorisée que l'utérus trop petit ne pouvait contenir.

Ces deux échecs amènent quelques commentaires.

Si la cystocèle, associée ou non à l'incontinence d'urine, est l'indication habituelle de l'opération de Wertheim-Shauta chez une femme dont l'utérus n'est ni trop gros ni trop petit, surtout indemne de toute lésion pathologique, et lorsque toute possibilité de grossesse est écartée, il convient

d'insister sur deux points très particuliers :

1°- L'utérus doit être correctement suspendu par des attaches cervico-isthmiques encore solides, sinon la récurrence de ptose utéro-vésicale est obligatoire.

2°- Un col allongé doit être amputé, sinon il expose à la pseudo-récurrence sous forme de trachélocèle isolée.

3°- Un utérus trop petit est souvent insuffisant à contenir une volumineuse cystocèle qu'il paraît préférable de traiter par hamac sous-vésical.

4°- Enfin, le montage doit être solide, avec suture du péritoine le plus haut et en arrière possible et de préférence fixation des cornes utérines sous la symphyse pubienne.

5°- Dans tous les cas, un temps de myorrhaphie postérieure doit compléter l'intervention.

COLPO-HYSTÉRECTOMIE *****

Nous avons 2 observations comprenant une colpo-hystérectomie. Il s'agit de femmes ayant dépassé 55 ans (moyenne d'âge 65 ans) et dont 3 avaient déjà été opérées de prolapsus par voie basse et seront donc considérées comme des récurrences.

Dans tous les cas, il existait un prolapsus subtotal extériorisé avec hydrocèle du 3me degré et cystocèle souvent importante, sauf dans deux cas. Par ailleurs, deux fois le col était allongé et une femme présentait une incontinence d'urine du 2me stade.

L'intervention pratiquée sur le plan technique a consisté 5 fois en l'opération de Rouhier simple avec colpectomie subtotale et adossement recto-vésical associé à une myorrhaphie étendue des releveurs, et 3 fois on a eu recours au procédé de Campbell, en

croisant et en amarrant les utéro-sacrés et les ligaments cardinaux sous la symphyse pubienne.

Les résultats se répartissent comme suit :

- 8 bons résultats,
- 1 échec avec récédive sous forme de cystocèle (67), encore que celle-ci ne soit pas très importante et ne justifie pas, pour l'instant, de réintervention.

Ainsi, il nous paraît que la colpo-hystérectomie reste une bonne intervention, largement utilisable chez les femmes qui présentent un prolapsus subtotal avec hystérocèle patente. Les avantages de cette méthode permettent l'ablation d'un organe qui a perdu son droit de cité et qui peut devenir pathologique.

La reconstitution du plancher périnéal, qu'elle soit réalisée par un adossement recto-vésical ou par le procédé de Campbell, qui utilise en fait des éléments déjà bien altérés, ne peut être efficace que si elle est étayée par une myorraphie postérieure solide.

LES PROLAPSUS APRES HYSTERECTOMIE *****

Dans notre série de 200 prolapsus opérés, nous avons rencontré 20 cas de prolapsus survenant après hystérectomie, ce qui paraît à peine plus élevé que la statistique apportée par AMELINE - HUGUIER de 8,5 %.

Parmi ces 20 femmes, 15 avaient subi une hystérectomie subtotale et 5 seulement une totale. La fréquence plus grande du premier groupe ne nous étonne pas chez des femmes pour la plupart hystérectomisées depuis déjà longtemps à une époque où la subtotale était de règle.

Malheureusement, les examens cliniques prati-

qués lors de la première intervention nous manquent et on ne peut dire si le prolapsus existait déjà au moment de l'hystérectomie, ce qui aurait justifié, à ce moment, un geste complémentaire immédiat, ou si le prolapsus n'est apparu que secondairement. En fait, il semble que, dans la plupart des cas, les symptômes ne soient apparus que plusieurs années après l'hystérectomie.

Les différentes variétés de prolapsus rencontrés dans ce cadre se décomposent de la façon suivante :

A- Après hystérectomie subtotale (15 cas).

- 11 prolapsus antérieurs avec colpocystocèle,
5 descentes du col ou trachéloptose et 5 allongements du col,
- 5 prolapsus postérieurs et 1 élytrocèle,
2 incontinences du 1er et 2 du 2me stade.

La fréquence des prolapsus du col ne nous surprend pas. Son mécanisme a été bien expliqué par MERGER. Le col tend à se mettre en rétroflexion, dans l'axe du vagin dans lequel il tend à s'enfoncer sous l'effet de la poussée abdominale, en même temps qu'il s'allonge et s'hypertrophie.

La tactique opératoire dans notre série fut la suivante :

1°- Périnéorrhaphie antérieure et postérieure suivant la technique habituelle, alors qu'il n'existait pas de prolapsus du col.

2°- Pexies antérieures du col, l'une directe, l'autre à l'aide d'une bandelette aponévrotique associée, l'une à un cloisonnement du Douglas et à une périnéorrhaphie postérieure simple, l'autre aux deux temps périnéaux antérieur et postérieur habituels.

- 1 pexie postérieure du col avec promontofixation associées dans chaque cas aux deux temps périnéaux.

- 2 amputations du col par voie abdominale avec promonto-fixation du dôme vaginal associée aux temps périnéaux (177 - 149).

Ajoutons que, dans tous les cas où le col fut conservé, ce dernier paraissait cliniquement sain et des frottis furent systématiquement pratiqués.

D'une part, il n'y eut jamais d'amputation du col par voie basse (Bickel). Les résultats peuvent être jugés de la façon suivante : 14 sont tout à fait satisfaisants : bon résultat périnéal, col haut situé ne descendant pas à la poussée et à la traction.

D'autre part, sur les 4 incontinences signalées, 2 ont disparu ; il est vrai que le temps périnéal avait comporté une suspension des tissus sous-urétraux à la Marion.

Un seul échec (80), marqué par la récurrence d'une cystocèle associée à une incontinence du 2^{me} stade post-opératoire. Il s'agissait d'une femme présentant un prolapsus antérieur extériorisé et qui, sans doute, devait justifier d'un soutènement vésical plus complet que le temps périnéal antérieur habituel.

Ces résultats sont assez faciles à commenter en fonction de la technique choisie :

L'existence du col utérin permet une dissection facile par voie basse et nous laisse dans les conditions anatomiques habituelles pour pratiquer le temps périnéal antérieur sous-vésical. A condition qu'il ne soit pas ptosé ni pathologique, c'est l'intervention de choix qui a été choisie dans notre série.

Lorsqu'il existe un prolapsus du col, deux possibilités se présentent, selon qu'il peut ou non être conservé.

- Dans le premier cas, il peut être utilisé pour une pexie antérieure ou postérieure, directe ou non, qui de toute façon, quel qu'en soit le mode, paraît toujours nécessaire. Peut-être la pexie posté-

rieure est-elle plus satisfaisante, plus anatomique, permettant en outre l'obturation du Douglas par une péritonisation colo-vésicale.

- Dans le deuxième temps seulement, il doit être enlevé ; nous ne sommes pas systématique en ce domaine. Nous n'avons pas d'observation comprenant un Bickel et ne pouvons donc pas juger de cette intervention. L'ablation du col par voie haute, permettant peut-être de mieux protéger les uretères, suivie d'une suspension postérieure du dôme vaginal, a bien réussi dans nos deux cas. Mais sans doute est-ce trop peu pour juger d'une telle technique qui comporte, en outre, certain risque septique du fait de l'ouverture des voies génitales.

B- Nous n'avons retrouvé que 5 cas de prolapsus après hystérectomie totale.

2 fois, il s'agissait d'un prolapsus postérieur associé à une élytrocèle,

1 fois, d'un prolapsus antérieur avec cystocèle dominante,

2 fois, d'un prolapsus du dôme vaginal associé à une rectocèle.

Nous savons quels problèmes thérapeutiques souvent difficiles posent de tels prolapsus.

Lorsque le fond du vagin ne descend pas, fixé dans la profondeur par le tissu cicatriciel, l'abord est difficile par voie basse et parfois dangereux pour la vessie. Cependant, 3 de nos cas ont été traités par voie basse avec périnéorrhaphie antérieure et postérieure et ont un bon résultat.

Lorsque le dôme vaginal est prolabé, il est possible de pratiquer une colpectomie subtotala si la femme a renoncé ; mais il semble préférable de pratiquer :

- soit la suspension du dôme vaginal,
- soit un hamac de peau ou de matériel inerte, antéro-postérieur, à la manière de HUGUIER-SCALI.

Dans notre série, nos 2 cas furent traités par pexie du dôme vaginal, l'une en avant et l'autre au promontoire à l'aide d'une bande de peau, avec un bon résultat.

Depuis quelques mois, une autre méthode tend à être pratiquée dans le service et dont la technique consiste, après clivage vésico-vaginal par voie haute, à solidariser les deux organes à un hamac de peau prenant appui de chaque côté au niveau des ligaments de Cooper, ce qui assure la cure de la cystocèle et de la colpocèle. Cette méthode semble satisfaisante dans l'immédiat et fera de toute façon l'objet d'un travail ultérieur.

PROMONTO-FIXATIONS *****

Notre série comporte 14 cas de fixation postérieure au tissu fibreux du promontoire. Les observations s'en répartissent comme suit :

- 5 isthmo-pexies postérieures, associées à un temps périnéal chez des femmes présentant une cystocèle et une hystéroptose importante (175 - 132 - 128 - 124 - 115).

- 6 femmes avaient subi une hystérectomie dont 4 une subtotale et 2 une totale. L'intervention a consisté à fixer soit le col, soit le dôme vaginal. Il s'agissait, dans tous les cas, d'un prolapsus moyen à type de trachéloptose ou de chute du fond vaginal associée à un prolapsus, antérieur le plus souvent.

- Enfin, 3 patientes avaient déjà eu une cure de prolapsus par voie périnéale et présentaient une récurrence sous forme d'hystéroptose isolée.

Nous rattacherons à ce chapitre les observations de 4 femmes qui présentaient une rectocèle très importante à la limite du prolapsus rectal, une fois associées à une élytrocèle, et qui ont été traitées par promonto-suspension du rectum à la peau suivant la

technique de Orr-Loygue associée à un temps postérieur, toutes avec un très bon résultat.

Les résultats de ces interventions comportant une promonto-fixation s'établissent comme suit :

- 13 résultats excellents,

- 1 seul échec (175) avec récédive de la cystocèle et algies pelviennes importantes. Il s'agissait d'une femme de 54 ans, qui présentait initialement un très volumineux prolapsus antérieur extériorisé, que le temps périnéal antérieur sous-vésical associé n'a pas réussi à contenir. Sans doute aurait-elle bénéficié d'un hamac sous-vésical.

Il est certain qu'une telle intervention, connue depuis 10 ans, à la suite des travaux de l'école de BROCA, est intéressante, car elle reconstitue artificiellement les principaux ligaments qui suspendent l'axe génital et qui sont les vagino-utéro-sacrés dont l'altération est déjà considérable, puisque l'hystéroptose est apparue.

Elle nous semble particulièrement recommandée lorsqu'il existe une hystéroptose, le plus souvent associée à un prolapsus antérieur : elle permet, en outre, l'obturation du Douglas et met ainsi à l'abri de l'élytrécèle.

Insistons sur les précautions d'asepsie et la péritonisation soigneuse que nécessite une telle technique qui ne doit pas être proposée aux patientes souffrant d'infections génitales ou d'atteinte disco-vertébrale. Il est enfin possible de la proposer à une femme jeune, susceptible de maternité.

LES CLOISONNEMENTS DU VAGIN *****

Nous avons 10 observations comportant un cloisonnement du vagin type intervention de Lefort associée à une myorraphie des reveleurs.

Il s'agissait dans tous les cas de personnes âgées : moyenne d'âge 72 ans, qui présentaient un prolapsus subtotal.

L'une présentait une récurrence de prolapsus opéré par intervention de Manchester.

Deux souffraient d'incontinence urinaire, l'une du premier et l'autre du second stade.

Dans tous les cas, l'utérus était indemne de toute manifestation pathologique et le col était sain.

Les résultats se traduisent de la façon suivante :

- 5 bons résultats,
- 5 résultats moyens avec léger bombement à l'effort, mais ne donnant pas d'ennuis,
- 2 mauvais résultats :
 - . l'un avec persistance de l'incontinence d'effort du 2^{me} stade, mais il s'agissait d'une femme de 78 ans (112) ;
 - . l'autre compliqué par l'apparition d'une incontinence orthostatique d'effort (145), chez une femme de 59 ans et qui a refusé toute intervention complémentaire.

On sait les critiques que soulève une telle opération. D'abord, l'utérus est devenu inaccessible, inexplorable et, malgré un examen initial soigneux, cet organe peut à tout moment devenir pathologique.

D'autre part, la sclérose provoquée par l'accolement des deux faces vaginales entraîne souvent une distorsion de l'urètre, avec modification du cap urétrocervical responsable d'incontinence urinaire post-opératoire ou de l'aggravation d'une incontinence préexistante.

C'est ce qui semble être confirmé dans notre série, et nous pensons en fait que le Lefort, par sa simplicité et sa rapidité, ne s'adresse en fait qu'à la femme âgée et fatiguée, atteinte de prolapsus subtotal.

On sait que l'incontinence d'urines patente est un symptôme fréquemment associé au prolapsus génital et qui implique d'être systématiquement recherchée au cours de l'interrogatoire et de l'examen clinique.

Dans notre série portant sur 200 cas de prolapsus, nous la retrouvons 47 fois, soit dans un peu plus de 1/5 des cas (23,5 %). Pour simplifier leur étude, nous les avons classées en trois catégories :

- Incontinence du 1er stade, survenant à la position debout, lors d'un effort important (toux, vomissements, port de lourdes charges).

- Incontinence du 2me stade, orthostatique, survenant lors d'un effort modéré.

- Incontinence du 3me stade, orthostatique, permanente et survenant aussi en position couchée, lors d'un effort si minime soit-il.

Nous avons ainsi pu retrouver :

- 15 incontinenances du 1er stade,
- 29 incontinenances du 2me stade,
- 3 incontinenances du 3me stade.

Dans tous les cas, sauf dans un seul, il existait un prolapsus antérieur du 1er ou du 2me degré, mais il est important de souligner que le stade de l'incontinence n'est pas proportionnel à l'importance de la cystocèle (Nous l'avons déjà dit), et en particulier une incontinence orthostatique permanente de notre série (30) ne s'accompagnait que d'une cystocèle minime du 2me degré.

Quelles furent les interventions pratiquées ?

= 1°- Incontinence du 1er stade (15 cas).

- 6 fois, aucun geste spécifique ne fut pratiqué et le seul traitement opératoire fut la cure du prolapsus.

- . 2 fois, périnéorraphies antérieure et posté-

Il s'agissait dans tous les cas de personnes âgées : moyenne d'âge 72 ans, qui présentaient un prolapsus subtotal.

L'une présentait une récurrence de prolapsus opéré par intervention de Manchester.

Deux souffraient d'incontinence urinaire, l'une du premier et l'autre du second stade.

Dans tous les cas, l'utérus était indemne de toute manifestation pathologique et le col était sain.

Les résultats se traduisent de la façon suivante :

- 5 bons résultats,
- 5 résultats moyens avec léger bombement à l'effort, mais ne donnant pas d'ennuis,
- 2 mauvais résultats :
 - . l'un avec persistance de l'incontinence d'effort du 2^{me} stade, mais il s'agissait d'une femme de 78 ans (112) ;
 - . l'autre compliqué par l'apparition d'une incontinence orthostatique d'effort (145), chez une femme de 59 ans et qui a refusé toute intervention complémentaire.

On sait les critiques que soulève une telle opération. D'abord, l'utérus est devenu inaccessible, inexplorable et, malgré un examen initial soigneux, cet organe peut à tout moment devenir pathologique.

D'autre part, la sclérose provoquée par l'accolement des deux faces vaginales entraîne souvent une distorsion de l'urètre, avec modification du cap urétrocervical responsable d'incontinence urinaire post-opératoire ou de l'aggravation d'une incontinence préexistante.

C'est ce qui semble être confirmé dans notre série, et nous pensons en fait que le Lefort, par sa simplicité et sa rapidité, ne s'adresse en fait qu'à la femme âgée et fatiguée, atteinte de prolapsus subtotal.

On sait que l'incontinence d'urines patente est un symptôme fréquemment associé au prolapsus génital et qui implique d'être systématiquement recherchée au cours de l'interrogatoire et de l'examen clinique.

Dans notre série portant sur 200 cas de prolapsus, nous la retrouvons 47 fois, soit dans un peu plus de $1/5$ des cas (23,5 %). Pour simplifier leur étude, nous les avons classées en trois catégories :

- Incontinence du 1er stade, survenant à la position debout, lors d'un effort important (toux, vomissements, port de lourdes charges).

- Incontinence du 2me stade, orthostatique, survenant lors d'un effort modéré.

- Incontinence du 3me stade, orthostatique, permanente et survenant aussi en position couchée, lors d'un effort si minime soit-il.

Nous avons ainsi pu retrouver :

- 15 incontinenances du 1er stade,
- 29 incontinenances du 2me stade,
- 3 incontinenances du 3me stade.

Dans tous les cas, sauf dans un seul, il existait un prolapsus antérieur du 1er ou du 2me degré, mais il est important de souligner que le stade de l'incontinence n'est pas proportionnel à l'importance de la cystocèle (Nous l'avons déjà dit), et en particulier une incontinence orthostatique permanente de notre série (30) ne s'accompagnait que d'une cystocèle minime du 2me degré.

Quelles furent les interventions pratiquées ?

= 1°- Incontinence du 1er stade (15 cas).

- 6 fois, aucun geste spécifique ne fut pratiqué et le seul traitement opératoire fut la cure du prolapsus.

- . 2 fois, périnéorraphies antérieure et posté-

rieure habituelles,

- . 3 fois, la triple opération,
- . 1 fois, un cloisonnement du vagin.

Dans 5 cas, l'incontinence a disparu et le 6me (118) peut être considéré comme très amélioré, à la limite de la normale.

- 9 fois, il a été pratiqué un temps complémentaire spécifique consistant en l'opération de Marion.

. 7 résultats sont bons avec disparition complète des troubles urinaires.

. 1 est mauvais (40), avec aggravation de l'incontinence.

. 1 est incomplet, l'incontinence améliorée n'a pas disparu.

= 2°- Incontinence du 2me stade (29 cas).

- 7 fois, il n'a été pratiqué aucun geste spécifique,

. 4 résultats sont satisfaisants.

. 3 résultats sont mauvais, avec une incontinence inchangée.

Les interventions étaient :

. 1 interposition qui n'a pas tenu,

. 1 Manchester + un temps postérieur,

. 1 Lefort où l'incontinence s'est aggravée.

- 22 fois, il a été pratiqué une intervention de Marion avec :

. 17 résultats satisfaisants,

. 2 résultats inchangés,

. 2 améliorations de l'incontinence ramenées au 1er stade,

. 1 aggravation de l'incontinence.

= 3°- Incontinences du 3me stade (3 cas), qui ont toutes trois été opérées par voie haute suivant la technique de Marshall-Marchetti modifiée (Robert-Scali) avec un bon résultat.

Tels sont nos résultats, qui nous ont amené à faire les constatations suivantes :

= L'incontinence d'urine patente associée au prolapsus réclame un geste complémentaire spécifique.

En effet, la périnéorrhaphie antérieure est souvent insuffisante, car elle ne vaut en fait que ce que vaut le fascia d'Halban qui a déjà fait la preuve de son insuffisance.

Seule, l'interposition de l'utérus paraît satisfaisante, à condition qu'elle soit solide, stable, et que l'utérus ait un volume suffisant pour remplir son office.

En revanche, l'opération de Marion, qui a été pratiquée 31 fois dans notre série, nous paraît une intervention simple et efficace pour traiter les incontinenes modérées associées à des prolapsus et qui ne compte que 20 % d'échecs. Il est cependant nécessaire d'insister sur le fait que, pour être efficace, cette intervention doit, en quelque sorte, réaliser une véritable suspension uréthro-cervicale par voie basse, en prenant largement les tissus de part et d'autre de l'urètre et du col vésical, voire même le périoste des branches ischio-pubiennes.

Quant aux incontinenes orthostatiques importantes et qui persistent après une cure de prolapsus pratiquée par voie basse, il convient de les opérer par le ventre.

Du mécanisme de l'incontinence dépend le type d'intervention. Il est malheureusement difficile d'apprécier, par la seule clinique, les différents éléments qui entrent dans ce mécanisme et que seuls des examens spécialisés, qui ne sont pas encore de pratique courante, mettent en évidence. Nous voulons essentiellement parler :

- de l'enregistrement des pressions,
- du colpocystogramme surtout,

qui permettent au mieux, à l'heure actuelle, d'explorer une incontinence et de la traiter.

La technique est donc fonction de l'opérateur.

- Suspension du col vésical par fronde type Goebell-Stoeckel, utilisant la peau fraîche ou conservée, l'aponévrose de la gaine des droits ou le matériel inerte. Cette intervention pose le problème de la tension à donner à la fronde et de son maintien à l'endroit exact.

- Cervico-cysto-pexie type Marshall-Marchetti ou mieux cervicopexie fixant la région du col vésical au périoste de la face postérieure de l'ogive pubienne.

- ou enfin véritable hamac antérieur assurant la cure de la cystocèle et qui peut être fixé :

- soit en avant, à l'ogive pubienne ou à la paroi abdominale,

- soit latéralement, aux ligaments de Cooper.

= Les incontinenances post-opératoires représentent une complication particulièrement décevante, tant pour la patiente que pour le chirurgien. Nous en avons 6 cas dans notre série et où l'intervention initiale avait été :

- 4 fois, une périnéorrhaphie antérieure et postérieure (25 - 52 - 80),

- 1 fois, un Lefort,

- 1 fois, une interposition vésico-vaginale (111).

Une seule de ces femmes avait subi dans le même temps une opération de Marion.

Une seule patiente a été réopérée et a subi une cervicopexie avec un bon résultat.

Pourquoi les incontinenances surviennent-elles après l'intervention ?

1°)- Il peut s'agir d'une incontinence potentielle. Une volumineuse cystocèle peut, en effet, au moment de l'effort, faire pelote et venir comprimer la jonction urétro-cervicale, empêchant alors l'incontinence d'apparaître. D'autre part, une cystoptose importante peut masquer l'incontinence en formant chambre d'expansion, amortissant ainsi les augmentations de pression au niveau du col vésical. Elle est à redouter devant toute cystocèle importante, et deux de nos malades présentaient un prolapsus antérieur extériorisé qui, sans doute, par ce mécanisme, masquait l'incontinence associée.

On peut, en pratique, tirer les conclusions suivantes :

Toute femme présentant une cystocèle volumineuse devrait bénéficier d'une exploration urinaire, qu'il s'agisse d'étude des pressions ou du colpocystogramme. Hélas, ces examens demeurent encore trop spécialisés et, en leur absence, il semble préférable d'associer un temps urinaire spécifique à la cure du prolapsus.

En fait, il est important de faire, dans le même temps, une intervention complète associant la cure immédiate des lésions et exposant le moins possible aux complications secondaires.

C'est dans cet esprit qu'avec le Professeur Agrégé VAYRE, une orientation nouvelle a été récemment donnée à la technique opératoire appliquée à la cure des volumineuses cystocèles (dérivée du procédé d'Orsoni) et dont les grandes lignes sont les suivantes :

- traitement par voie haute,
- clivage vésico-utérin et vésico-vaginal,
- suspension par bande de peau, accrochée latéralement aux ligaments de Cooper et sur laquelle sont fixés vessie, vagin et, le cas échéant, la région cervico-isthmique de l'utérus.

Cette technique permet de traiter correctement la cystocèle, de remettre le col vésical à l'intérieur de l'enceinte manométrique pelvienne, et évite la dissection laborieuse des régions juxta-cervicales de la vessie.

Nos observations sont encore trop peu nombreuses et ne disposent pas d'un recul suffisant pour faire partie de notre statistique, mais feront l'objet d'un travail ultérieur.

2°)- L'incontinence post-opératoire peut encore être due aux méfaits d'une colpectomie trop étendue, entraînant une traction asymétrique sur la berge urétro-cervicale postérieure et, par conséquent, la déhiscence du col vésical.

C'est dans ce but qu'il est préférable de ne pratiquer que des colpectomies subtotales au cours des colpo-hystérectomies ou des cloisonnements, en veillant surtout à préserver la région urétro-cervicale.

CONCLUSIONS

Ainsi, nous avons étudié une série homogène de 200 cas de prolapsus génitaux opérés.

Sans vouloir tenter de résoudre les problèmes thérapeutiques que pose une telle affection, les résultats que nous avons constatés, étudiés en fonction des lésions initiales et de la technique opératoire, nous ont semblé permettre de dégager une certaine conception qui paraît assez bien codifiée.

A/- Deux fois sur trois en moyenne, il s'agit d'un prolapsus banal caractérisé par l'existence d'une cystocèle souvent associée à une déficience du périnée postérieur et parfois une rectocèle.

- Tantôt il n'existe pas de prolapsus utérin et la double périnéorrhaphie semble donner des résultats satisfaisants. Elle doit comprendre :

- . Un temps antérieur sous-vésical, avec plicature du fascia de Halban.

- . Un temps postérieur de myorrhaphie efficace des releveurs, mais qui doit préserver la perméabilité vaginale chez la femme jeune.

- Dans quelques cas, rares dans notre série (5 %), le col ne descend pas mais présente un allongement pathologique. Il doit être amputé et c'est à l'opération de Manchester que vont nos préférences, car elle rétablit une orientation cervicale correcte et remet en tension les ligaments péricervicaux.

- Enfin, d'autres fois, existe un prolapsus utérin et le temps périnéal doit être complété par un temps abdominal de suspension utérine. Celle-ci peut être réalisée soit en avant, soit en arrière.

La pexie abdominale antérieure réalise la classique "triple opération" à la française. D'après les résultats que nous avons constatés, nous nous croyons autorisé à dire que cette intervention ne mérite pas les critiques qu'on lui a faites, surtout en ce qui concerne son rôle favorisant dans l'apparition d'une élytrocèle, mais à la double condition :

- . d'avoir éliminé une hernie du Douglas préexistante lors de l'examen initial ;
- . de ne pas la pratiquer chez des femmes dont le Douglas est profond et béant ;
- . de pratiquer par préférence une pexie corporeale.

La promonto-fixation postérieure est aussi une excellente méthode qui recrée sans doute des conditions plus anatomiques et que l'on pratique d'autant plus volontiers que la femme est plus jeune et donc susceptible de devenir enceinte. Mais cette opération comporte des exigences techniques et nécessite une région lombo-sacrée indemne de toute pathologie.

B/- Certaines variétés de prolapsus sont moins fréquentes.

- Prolapsus total ou subtotal extériorisé, pour le traitement duquel la colpo-hystérectomie reste une bonne intervention, à condition qu'elle s'accompagne d'une myorraphie postérieure solide.

- Cystocèle isolée ou associée à une incontinence d'urines qui peut bénéficier d'une interposition vésico-vaginale de l'utérus, à condition que cet organe soit sain, en rapport avec le volume de la cystocèle et surtout bien suspendu.

- Vieilles femmes fatiguées, présentant un pro-

lapsus subtotal ou récidivé, chez lesquelles on peut pratiquer un cloisonnement vaginal type Lefort. Mais la colpectomie doit rester subtotale pour éviter le risque d'incontinence post-opératoire.

.C/- Les prolapsus survenant après hystérectomie posent un problème thérapeutique bien différent selon qu'il s'est agi d'une hystérectomie subtotale ou totale.

= Après hystérectomie subtotale, le problème est relativement simple.

- Ou bien le col ne descend pas et n'est pas pathologique et on se trouve dans les conditions banales de la périnéorraphie ;

- Ou bien il existe une trachéloptose, mais avec un col sain, qui peut être conservé, et il faut recourir à une suspension du col par voie haute ;

- Ou enfin le col est altéré en suspect et notre préférence va à l'amputation par voie haute qui comporte peut-être plus de sécurité. On est alors placé dans le cas des prolapsus survenant :

= Après hystérectomie totale, où les indications sont, par contre, plus délicates.

- La chute du dôme vaginal peut être traitée par promonto-fixation directe ou par l'intermédiaire d'un matériel quelconque (Nous employons volontiers une bande de peau).

- Un volumineux prolapsus antérieur doit bénéficier d'un hamac :

• soit hamac de soutènement à la manière de HUGUIER-SCALI ;

• soit suspension au ligament de Cooper par l'intermédiaire d'une bande de peau, technique actuellement à l'étude dans le service, dérivée du procédé d'ORSOMI et qui fera l'objet d'un travail ultérieur.

D/- L'incontinence d'urines présente enfin un chapitre important de la pathologie des prolapsus.

On sait la fréquence de son association à la ptose génitale (un quart des cas). Elle nécessite, selon nous, un acte chirurgical spécifique.

- Opération de Marion, qui semble donner de bons résultats pour les incontinenances du premier ou du deuxième stade, mais à condition qu'elle soit bien faite.

- Interventions par voie haute, employant des techniques diverses et dont les indications ont largement bénéficié d'explorations paracliniques qui restent encore du domaine de la spécialité.

Quant aux incontinenances post-opératoires, elles constituent le plus souvent l'aboutissement d'une incontinence potentielle que l'on doit suspecter devant toute cystocèle importante et dont le diagnostic repose sur les études manométriques et la pratique du colpocystogramme.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

J. ROCHE

Le Doyen de la Faculté
de Médecine,

G. BROQUET

Le Président
de la thèse,

M. ROUX

B I B L I O G R A P H I E

- ABOULKER - L'incontinence d'urine à l'effort chez la femme.- Presse Méd. 72, N° 37, 12 Sept.1964.
- ABUREL E.- La pyramidalopexie dans la cure des prolapsus génitaux avec incontinence.- Bordeaux Chir., Juillet 1960, N° 3, 105-108, 8 fig.-
- ACHARD A.- L'opération de Manchester-Fothergill dans le traitement du prolapsus génital.- An. brasil. Gin., Sept. 1960, 50, N° 3, 291-296. (Résumé français).
- AMELINE A., HUGUIER J., SCALI - Présentation de documents et de films sur le prolapsus après hystérectomie.- Mém. Acad. Chir. 1957, 83, 757.
- ARCADIO SÁNCHEZ LOPEZ - Traitement chirurgical des prolapsus utérins.- Haz, édit., Madrid, 1941, 376 pages.
- ATHANASSIOU G.- Utilisation de l'opération de Labhardt dans le prolapsus total des femmes âgées.- Geburtsh. Frauenh., Mai 1966, 26, N° 5, 692-695. (Bibliogr.).
- AUBERT L., HUSSON Y., PETRUCCI J., LANDOIS J. et BRENOT G.- Une technique chirurgicale concernant le traitement des prolapsus génitaux en milieu africain.- Méd. Trop., Juill.-Août 1965, 25, N° 4, 510-514.
- BAILEY K.V.- Investigation clinique sur le prolapsus

utérin avec incontinence provoquée par le stress. III- Traitement par colporéfixation (colporaphie de Manchester modifiée).- J. Obst. Gyn. Brit. Common., Déc. 1963, 70, N° 6, 947-958, 5 fig. (Bibliog.).

BALTENSWEILER J. et EHRAT R.- Les indications des voies vaginales et abdomino-vaginales dans les prolapsus génitaux.- Praxis, 14 Fév. 1963, 52, N° 7, 168-171. (Résumé français).

BARDIAUX M. et SESTIE P.- Périnéorraphie chirurgicale du post-partum.- Rev. Franç. Gyn. Obst., Mars 1961, 56, N° 3, 207-240, 8 fig. (Bibliog.).

BARRAT G.- Prolapsus génital et fibrome utérin. Etude générale à propos de 65 observations.- Thèse Paris, 1960, N° 158, 105 pages.

BEJAT F. et MERGER R.- Prolapsus génitaux. (Etude microscopique du col utérin). Histologie. Cytologie. Rapports avec le cancer.- Presse Méd., 16 Juin 1962, 70, N° 29, 1444-1446.

BENSON - Surgical complications of vaginal hysterectomy.- S.G.O., Mai 1958.

BERGER M.- 106 cas d'interposition vésico-vaginale de l'utérus.- Gynaecologia, 1961, 152, N° 2, 96-102.

BERGLAS B.- Nouvelles études de l'anatomie et de la physiologie du muscle élèveur de l'anus chez la femme. Traitement chirurgical du prolapsus.- Wien. med. Wschr., 8 Oct. 1966, 116, N° 41, 836-839 (Bibliogr.), 6 fig.-

BETHOUX, BORY, HUGUIER - La vessie contrainte de l'incontinence d'effort.- Gyn., Obst. 1964, 63, 593.

BETHOUX et BORY - Les mécanismes statiques viscéraux pelviens chez la femme à la manière de l'explo-

ration fonctionnelle du dispositif en position debout.- Ann. de Chir. 1962, 11-12, 887-916.

BIELECKI A.- Etudes sur l'immunité à l'égard du cancer de l'utérus prolapsé.- Zbl. Gyn., 7 Janv. 1961, N° 1, 15-23, 9 fig. (Bibliogr.).

BLANC J., BOINET G. et MARTY R.- Essai d'une nouvelle technique par greffe de peau enfouie dans les réfections chirurgicales des prolapsus génitaux.- C. R. Soc. Franç. Gyn., Janv. 1968, 38, N° 1, 7-12.

BRADBURY W.C.- Vaginectomie subtotale. Etat actuel du traitement du prolapsus utéro-vaginal par une technique modifiée.- Am. J. Obst. Gyn., 1er Juil. 1963, 86, 663-671, 5 fig., 5 tabl. (Bibliogr.), N° 5.

BRET J. et BARDIAUX M.- A propos de la promonto-fixation (Opération d'Ameline et Huguiet).- Rev. Praticien, 11 Nov. 1964, 14, N° 29, 3645-3658 (Bibliogr.).

BRUTAR V.- Le prolapsus génital et l'incontinence d'urine.- Bordeaux Chir., Janvier 1960, N° 1, 11-15, 3 tabl.-

BURGER J.P.- Les prolapsus génitaux et leur traitement.- Strasbourg Méd., Juin 1963, 123, N° 6, 562-567.

CERBONNET G. et LOYGUE J.- Suspension au promontoire dans la cure des prolapsus rectaux et génitaux.- Ann. Chir., Fév. 1965, 19, N° 3-4, C. 214-C, 218 (Bibliogr.).

CERBONNET G.- Technique et indication de la suspension au promontoire dans la cure des prolapsus génitaux et rectaux.- Entretiens de Bichat (Chirurgie et Spécialités), 1966, 189-192; Expansion Scient. Franç., édit., Paris.

- CHABERT L.M.- Indications et résultats de l'opération de Halban dans le traitement des prolapsus génitaux (A propos de 440 interventions).- Thèse Lyon, 1967, 111 pages, in Lyon Méd., 13 Août 1967, 98, N° 33, 264-268.
- CHALNOT P. et VICHARD P.- A propos des complications rares du prolapsus génital extériorisé.- C. R. Soc. Franç. Gyn., Fév. 1966, 36, N° 2, 83-88 (Bibliogr.).
- CHAUVENET A. et PIET J.-B.- Les troubles fonctionnels consécutifs aux cures chirurgicales des prolapsus génitaux.- J. Méd. Bordeaux, Mars 1962, 139, N° 3, 294-298.
- CHIDICHIMO G. et ZICARI N.- Le traitement chirurgical du prolapsus génital récidivant moyennant l'utilisation des muscles droits internes.- Policlinico (Sez. Chir.), Juill.-Août 1967, 74, N° 4, 273-278, 12 fig. (Résumé français).
- CIBERT et PERRIN - Traitement de l'incontinence d'urine orthostatique.- Urologie Chirurgicale, édition 1958, 396.
- COLDEFY J.M., BRUNET M., FOURCADE O. et BILDER A.- Soutènement total d'un double prolapsus utéro-vaginal et rectal par hamac tendu du promontoire au pubis.- Mém. Acad. Chir., 1963, 89, N° 18-19, 536-542.
- COLETTE C.- Une nouvelle "triple opération" pour les prolapsus des jeunes femmes.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Avril-Mai 1967, 19, N° 2, 150-152.
- CONTAMIN R., FERRIEUX J. et LORILLLOU J.S.- L'hystérectomie vaginale avec périnéorrhaphie antérieure et postérieure en deux plans.- Rev. Franç. Gyn. Obst., Nov. 1961, 56, N° 11, 685-721, 30 fig.-
- CONTAMIN R., FERRIEUX J. et MOULIN C.- La colpo-hystérectomie avec cloisonnement transversal

dans le traitement du prolapsus génital de la femme âgée.- Rev. Franç. Gyn. Obst., Déc.1966, 61, N° 12, 851-857, 16 fig.-

COPENHAVER E.H.- Traitement chirurgical du prolapsus complet de l'utérus et du vagin.- Surg. Clin. North-Amér., Juin 1960, 40, N° 3, 743-749, 6 fig. (Bibliogr.).

COTTOM D. et WILLIAMS E.- Prolapsus chez un nouveau-né.- J. Obst. Gyn. Brit. Commonw., Fév. 1965, 72, N° 1, 131-136 (Bibliogr.).

COUNSELLER - Surgical correction of stress incontinence. Methods and techniques.- J. Int. Coll. Surg. 1960, 24, 330.

CSEFFALVAY T.- Evaluation critique de la plastie de duplication vaginale selon Vöge.- Geburtsh. Frauenh., Août 1966, 26, N° 8, 1184-1189. (Bibliogr.).

DASTUR B., GURUBAXANI G. et PALNITKAR S.S.- L'opération de Shirodkar (suspension dans le traitement du prolapsus génital).- J. Obst. Gyn. Brit. Commonw., Févr. 1967, 74, N° 1, 125-128.

DAVIDSON S.- Prolapsus génital et son traitement.- Practitioner, Sept. 1960, 105, N° 1107, 271-284 (Bibliogr.).

DODERLEIN G. et SCHINK W.- Les opérations d'interposition avec barre transversale (dans la cure des prolapsus génitaux).- Zbl. Gyn., 1er Oct. 1960, N° 40, 1551-1561 (Bibliogr.).

DONALD I., BARR W. et McGARRY J.A.- Soins post-opératoires et complications des opérations réparatrices des prolapsus.- J. Obst. Gyn. Brit. Commonw., Oct. 1962, 69, N° 5, 837-844, 7 tabl. (Bibliogr.).

DÖRNER F.- Opération pour prolapsus chez les femmes

âgées.- Zbl. Gyn., 27 Juill. 1963, 85, N° 30, 1065-1068.

DUNN R.D.- Traitement du prolapsus chez la femme âgée.- Surg. Clin. North-Amer., Août 1962, 42, N° 4, 1033-1036 (Bibliogr.).

FINHORNING - Simultaneous recording of intravesical and intra-urethral pressure.- Acta Chir. Scand., 1961, Suppl. 276.

ELTSOV-STRELKOV V.I.- Nouvelle méthode de renforcement et de raccourcissement des ligaments ronds dans les ptoses et les prolapsus de l'utérus.- Akoucherstve i Guinek. (Moscou), 1966, N° 10, 44-47 (Bibliogr.).

EMBREY M.P.- Intervention par voie abdominale pour prolapsus du dôme vaginal et entérocele, utilisant une bandelette de fascia lata.- J. Obst. Gyn. Brit. Commonw., J. 1961, 68, N° 3, 471-474. (Bibliogr.).

D'ESLARY - Devenir mécanique de la promonto-fixation des organes pelviens prolapsés.- Thèse Paris, 1962.

FELL M.R.- Traitement du prolapsus (utérin ou vaginal) chez les femmes âgées.- Lancet, 13 Avr. 1963, N° 7285, 799-800.

FERKO S. et FAJTHA F.- Opération modifiée pour le prolapsus utéro-vaginal.- Gynaecologia, Août 1960, 150, N° 2, 122-130, 5 fig. (Bibliogr.). (Résumé français).

FERREIRA C.A.- Prolapsus de l'utérus chez une jeune femme nullipare traitée par l'opération de Bumm-Schaefer.- An. Brasil. Gin., Juin 1961, 26, N° 6, 191-196.

FOLMAN M.- Bases anatomiques, étio-pathogéniques, cliniques et indications thérapeutiques des

prolapsus génitaux.- Thèse Paris, 1961, N°871, 68 pages.

FONTAINE P., LEVALLOIS M. et BELTRANDO L.- Urétéro-pyélonéphrose par prolapsus utérin.- J. Radiol. Electrol., Janv.-Fév. 1962, 43, N° 1-2, 90-91.

FORASTIER V.A.L., HERNANDO G. et FORASTIER C.A.G.- Appareil pour relever l'utérus en chirurgie. Quelques techniques à utiliser en chirurgie et dans les explorations gynécologiques.- Prensa Med. Argent., 25 Nov. 1960, 47, N° 48, 3142-3146 (Bibliogr.).

FOURNIER M.M. et LIZOLDE D.F.- Les troubles de la miction dans les prolapsus utérins et leur traitement chirurgical.- Mém. Acad. Chir., 1964, 90, N° 24-25, 715-719.

FRASER R.D.- Un cas de prolapsus génital chez un enfant nouveau-né.- Brit. Med. J., 8 Avr. 1961, N° 5231, 1011-1012 (Bibliogr.).

FRIEDMAN E.A. et LITTLE W.A.- Les conflits dans la nomenclature du prolapsus utérin.- Am. J. Obst. Gyn., Avr. 1961, 81, N° 4, 817-820 (Bibliogr.).

FUENTES AGUILAR R. et RUIZ MORENO J.A.- Prolapsus utérin total et carcinome cervical.- Gynéc. Prat., 1963, 14, N° 5, 365-373, 6 fig. (Bibl.).

GANDARD R., L'HUILLIER B., WUYTS J.L. et MULLER G.- A propos du traitement chirurgical des prolapsus génitaux.- Strasbourg Méd., Janv. 1967, 12, N° 1, 1-15 (Très import. bibliogr.).

GARDINER - Cinéradiographic studies of female urinary continence.- A.M.J.O.G., 1961, 62, 1112.

GHEORGHIU N.N., LEMNETE J. et DUMITRASCU T.- Traitement du prolapsus génital par l'hystéro-ligamento-pariétopexie.- Gyn. et Obst., Juin-Août 1967, 66, N° 3, 333-338.

- GHIKITCH - La chirurgie du col dans nos cas de prolapsus utérin.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1961, 13, N° 4 bis, 332.
- GIL-VERNET E., GIL-VERNET HUGUENET E., ARTO MEDRANO F. et VERGES TORRES A.- Incontinence urinaire fonctionnelle chez la femme et prolapsus génital.- Zbl. Gyn., 13 Mai 1967, 89, N° 19, 683-696, 32 fig. (Bibliogr.).
- GRANJON et CHEVALLIER - L'interposition vésico-vaginale de l'utérus.- Ann. de Chir., Sept. 1961, 15, 17-18, 1173-1178.
- GRANJON A. et PARENT B.- Prolapsus génital et incontinence d'urines.- Gynéc. Obst., Avr-Mai 1965, 64, N° 175-196, 5 fig. (Importante bibliogr.).
- GRANJON A. et CHEVALLIER G.- L'amputation du col dans la chirurgie du prolapsus génital.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1961, 13, N° 4 bis, 326-328.
- GRANJON A. et de TOURRIS M.- Incontinence d'urines et prolapsus.- Bordeaux Chir., Janv. 1960, N°1, 24-26.
- GRANJON A. et CHEVALLIER - L'interposition vésico-vaginale de l'utérus. (Etude de 55 opérations de Watkins-Wertheim-Schauta).- Ann. Chir. (Suppl. Sem. Hôp. Paris), Sept. 1961, 15, N°17-18, 1173-1178.
- GRANJON A., PHILIPPE et BEAU - Allongement et hypertrophie du col.- Presse Méd. N° 86, 25-XII-1965, p. 1857-1859.
- GRASSET J.- La cysto-sphinctérométrie.- Masson, Paris, 1964.
- GRASS F.- Conséquences éloignées rares du non traitement précoce de deux malformations congénitales du rectum : formation de calculs urinaires dans le rectum dans un cas d'atrésie rectale avec

mégasigmoïde recto-urétral et prolapsus de l'utérus après fistule recto-vaginale.- Zbl. Chir., 14 Juil. 1962, 67, N° 28, 1163-1167.

GUDEX R.G.- Réparation du plancher pelvien avec ou sans hystérectomie.- J. Obst. Gyn. Brit. Commonw., Déc. 1965, 72, N° 6, 864-865.

GUIBAL J. et GUIBAL F.- La triple opération par voie basse avec amputation haute du col dans les prolapsus.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1961, 13, N° 4 bis, 319-321.

HALTER G. et FELLNER G.- Traitement actuel de la descente des organes et du prolapsus.- Geburtsh. Frauenh., Juil. 1966, 26, N° 7, 1001-1011 (Bibliogr.).

HAWKINS D.F.- Prophylaxie de l'infection urinaire après traitement du prolapsus génital.- J. Obst. Gyn. Brit. Commonw., Août 1962, 69, N° 4, 585-589 (Bibliogr.).

HEBERT G.- Complications urologiques des prolapsus génitaux avancés.- Union Méd. Canada, Juin 1964, 93, N° 6, 721-724 (Bibliogr.).

HENNINGSSEN P. et BROCKS H.- L'opération d'interposition de Schauta-Wertheim-Watkins pour prolapsus utérin. Etude suivie.- Acta Obst. Gyn. Scand., 1965, 43, N° 4, 408-419, 13 tabl. (Bibliogr.).

HERVET E. et HUGUIER J.- Les réactions et amputations du col (en particulier pendant la cure des prolapsus génitaux).- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1961, 13, Suppl. n° 1 bis, 61-91.

HERVET E. et HUGUIER J.- La chirurgie du col au cours du traitement des prolapsus génitaux.- Bull. Féd. Gyn. Obst. 1961, 13, Suppl. N° 1 bis, 51-60.

- HERVET E.- A propos de la communication de H. Robert et C. Robert : "Une complication rare de l'opération de Manchester, le prolapsus de l'endomètre".- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Janv.-Mars 1963, 15, N° 1, 27-29.
- HEYS R.F.- Prolapsus iléal par l'orifice de rupture du vagin. Complication de l'opération de Manchester.- Brit. Med. J., 27 Juil. 1963, N° 5351, 223-224.
- HIRSCH H.- Le traitement du prolapsus génital total par hystérectomie vaginale suivie d'une plastie vaginale.- Revue Franç. Gyn. Obst., Juil.-Août 1966, 61, N° 7-8, 539.
- HOANG-NGOC-MINH et NGUYEN-VAN-NHUT.- Hystérectomie totale vaginale suivie de fixation des ligaments utéro-sacrés à l'ogive pubienne dans le traitement des prolapsus génitaux.- C.R. Soc. Franç. Gyn., Déc. 1965, 35, N° 8, 593-598.
- HOANG-NGOC-MINH et NGUYEN-VAN-NHUT.- Rôle des ligaments utéro-sacrés dans la cure des prolapsus génitaux.- Acta Méd. Vietnam, Janv.-Oct. 1966, 10, N° 1-4, 3982-3998, 13 fig. (Bibliogr.) - (Texte français).
- HOUEL J.-E., SCHEBAT L., MONTERO M. et ARNASSAN J.-A.- A propos d'un cas de protrusion monstrueuse du col de l'utérus après un accouchement.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Sept.-Oct. 1962, 14, N° 4, 526-527.
- HUGUIER J., HUGUIER M., CERBONNET G., SCALI P. et BETHOUX A.- La recherche des symptômes masqués au cours de l'examen des prolapsus vaginaux.- Mém. Acad. Chir., 1964, 90, N° 8-9-10, 316-318.
- HUGUIER J.- Statique anatomo-physiologique du pelvis et cure des prolapsus vaginaux.- Concours Méd., 1951, 1567.

- HUGUIER J.- Pathologie et formes anatomo-cliniques des prolapsus vaginaux.- Revue du Prat. 1958, 8, 10, 1039.
- HUGUIER et SCALI - La suspension postérieure de l'axe génital au disque lombo-sacré dans le traitement de certains prolapsus.- Presse Méd. 1958, 66, 781.
- HUGUIER J.- Soutènement de la vessie en hamac dans la cure de certains prolapsus.- Journ. de Chir. 1958, 76, 84.
- HURD G.B.- Fixation ventrale pour prolapsus complet. Réévaluation.- Am. J. Obst. Gyn., 1er Oct. 1965, 93, N° 3, 434-441 (Bibliogr.).
- IMMOW M.B.- Relâchement pelvien et sa réparation, comprenant le prolapsus vaginal après hystérectomie.- Internat. Surg. Dig., Oct. 1963, 72, N°10, 426.
- IZOTOV I.P.- Fixation en avant du col utérin lorsque le prolapsus est associé à un abaissement des parois vaginales.- Akoucherstvo Guinek. (Moscou), Mai 1963, N° 5, 132-134.
- JACOBSEN J.J., FREDERIKSEN Th. et NIELSEN F.K.- Le prolapsus utéro-vaginal et son traitement chirurgical. Les résultats dans 443 cas opérés.- Acta Obst. Gyn. Scand., 1961, 40, N° 1, 77-98, 12 tabl. (Bibliogr.).
- JAMAIN B., LETESSIER A. et GRENET C.- Traitement de la rétroversion par Douglasséctomie et plicature des ligaments utéro-sacrés.- Gyn. et Obst. 61, N° 2, 1962, 230-240.
- KAPANDJI M.- Cure des prolapsus uro-génitaux par la colpo-isthmo-cystopexie par bandelette transversale et la Douglassorrhaphie ligamento-péritonéale étagée et croisée.- Ann. Chir., Mars 1967, 21, N° 5-6, C.321-C.328, 12 fig.-

- KAPANDJI M.- La Douglassorrhaphie ligamento-péritonéale étagée et croisée (à action harmonique de Schultze).- Ann. Chir., Mars 1967, 21, N° 5-6, C.312-C.320, 14 fig.-
- KARACHIMANI A.G.- Traitement du prolapsus utérin par raccourcissement des ligaments cardinaux (opération de Manchester).- Akoucherstvo Guinek. (Moscou), Mars 1965, N° 3, 110-114 (Bibliogr.).
- KASKARELIS D., PAPATHEODOROU B., STAVROPOULOS A. et PREVEDOURAKIS C.- Cancer du col de l'utérus et prolapsus.- Gyn., Obst., Juin-Août 1968, 67, N° 3, 371-375 (Bibliogr.).
- KISS E.- Cancer du col prolapsé.- Wien. med. Wschr., 3 Déc. 1966, 116, N° 49, 1079-1081 (Bibliogr.).
- KOESTER H.- Interventions pour prolapsus chez la femme âgée.- Geburtsh. Frauenh., Mars 1964, 24, N° 3, 204-210.
- KONN D.H.- L'hystérectomie vaginale et le colpocleisis de Lefort.- Rev. Franç. Gyn. Obst., Juil.-Août 1966, 61, N° 7-8, 537.
- KOZICKA A., BOKINIEC M. et OSTASZ T.- Cancer du col avec prolapsus total de l'utérus.- Polski Tygod. Lek., 16 Mai 1966, 21, N° 20, 765-766 (Bibliogr.)(Résumé anglais).
- KREMLING H.- Troubles fonctionnels du rein et des voies urinaires efférentes dans le prolapsus des organes génitaux.- Zbl. Gyn., 5 Déc. 1964, 86, N° 49, 1721-1726 (Bibliogr.).
- KREMLING H. et GAILER J.H.- Problèmes néphro-urologiques dans le prolapsus vaginal.- Gyn. et Obst., Avr.-Mai 1968, 67, N° 2, 279-287 (Bibliogr.).
- KRIGE - Repair of genital prolapses combined with vaginal hysterectomy.- J.O.G.B.F., Août 1962.

- LABRY R. et BONNET P.- Un détail de technique pratique dans la suture du fascia de Halban dans la colpo-périnéorraphie antérieure.- Lyon Méd., 8 Juil. 1962, N° 27, 53-55.
- LACHENY G.- Etude critique d'une série homogène de cinquante interpositions vésico-vaginales.- Thèse Paris, 1963.
- LAMA M.- La vessie et l'urètre au cours des prolapsus génitaux. Etudes anatomo-cliniques et radiologiques.- Thèse Paris, 1963, N° 458, 54 pages.
- LANGREDER - Incontinence d'urine relative chez la femme.- Deutsche Med. Ws. Chir., 31-1-1964, N° 89, N° 5, 220-223.
- LANGMADE C.F.- Réparation du ligament de Cooper dans le prolapsus de la voûte du vagin.- Am. J. Obst. Gyn., 1er Juil. 1965, 92, N° 5, 601-609, 7 fig. (Bibliogr.).
- LANGUEPIN (Mme), RETTORI et EPFELBAUM - Spondylo-discite après suspension postérieure pour cure de prolapsus génital.- Mém. Acad. Chir., 1963, 89, N° 7-8, 245-249 (Bibliogr.).
- LAPEYRERE J. et GREZES-RUEFF F.- Les prolapsus associés de l'utérus et du rectum.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Nov.-Déc. 1962, 14, N° 5, 803-805.
- LEBLANC G - Prolapsus et rétroversion chez la femme jeune : conséquences obstétricales d'un type de traitement chirurgical.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Sept.-Oct. 1965, 17, N° 4, 331-332.
- LECOEUR P.- A propos du traitement chirurgical des prolapsus génitaux.- Rev. Méd. Normande, Sept.-Oct. 1964, 6, N° 3, 577-583.
- LEINZINGER E.- Chirurgie gynécologique chez la femme âgée et intervention pour prolapsus.- Wien. med.

Wschr., 29 Juin 1968, 118, N° 25-26, 580-583
(Bibliogr.).

LE LIRZIN R.- Contribution à l'étude des prolapsus
génitaux et de leur traitement chirurgical.
Etude de 340 cas.- Thèse Paris, 1967, N° 641,
103 pages (Bibliogr.).

LEMGRUBER I.- Prolapsus de l'utérus.- Rev. Gin. e
Obst., Mai 1960, 106, N° 5, 443-448 (Bibliogr.).

LEPAGE F. et de TOURRIS - Conceptions actuelles sur
la miction de la femme.- Gyn. Obst., Janv.-
Mars 1960.

LEVALLOIS M., BRANTE P., BREMAUX P. et FONTAINE P.-
Retentissement urinaire des grands prolapsus
génitaux.- J. Urologie, Mars 1962, 68, N° 3,
264-267.

LINHARTOVA A. et STAFL A.- Morphologie de l'éversion
du vagin.- Arch. f. Gyn. 1964, 200, N° 2, 131-
141, 5 fig.-

LOYGUE J.- A propos des spondylo-discites graves
après fixation du col utérin au promontoire
(et rectopexies).- Mém. Acad. Chir., 24 Avr.-
8 Mai 1963, 89, N° 14-15, 405-406.

LUNOW B. et LISSE K.- Rapport entre prolapsus génital
et cancer du col et du corps utérins.- Zbl.
Gyn., 10 Fév. 1968, 90, N° 6, 206-210 (Bibl.).

LYSIKOV A.V.- Utilisation de la suture circulaire à
la soie dans la ventro-fixation de l'utérus.-
Akoucherstvo Guinek. (Moscou), Juin 1963, N°6,
105-108.

McGRAW J.-Y.- Le prolapsus des organes intrapelviens.
Rappels anatomique et physiologique.- Laval
Méd., Juin 1961, 32, N° 1, 32-51.

McGRAW J.-Y.- La pathologie du prolapsus des organes

intra-pelviens.- Laval Méd., Sept. 1961, 32,
N° 2, 223-268 (Bibliogr.).

McGRAW J.-Y.- Etude expérimentale du prolapsus génital. Considérations préliminaires.- Laval Méd., Nov. 1962, 33, N° 697-701 (Bibliogr.).

McGRAW J.-Y.- Etude du prolapsus génital. Revue critique et conclusions.- Laval Méd., Avr. 1963, 34, N° 4, 432-436 (Bibliogr.).

McGRAW J.-Y.- Etude combinée des prolapsus rectal et génital. Conclusions générales d'une étude expérimentale et clinique.- Laval Méd., Fév. 1964, 35, N° 2, 181-187 (Bibliogr.).

MAGENDIE J., BOURSIER D., SANTENAG M.- L'amputation du col et ses associations. La triple opération périnéale.- Assises Franç. de Gyn. Paris, Juillet 1954.

MAGENDIE J., LANGE J. et LAMARCHE P.- Le traitement des prolapsus génitaux avec incontinence d'urine.- J. Méd. Chir. Prat., Juin 1960, 132, N° 11, 499-501.

MAGENDIE J., LANGE J. et LAMARCHE Ph.- Incontinence d'urines et prolapsus génitaux féminins.- Bordeaux Chir., Avr. 1960, N° 2, 59-69, 11 fig.-

MAGENDIE J. et LASSALLE G.- Tumeur ovarienne et prolapsus.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Nov.-Déc. 1960, 12, N° 5, 566.

MAGENDIE J., LAMARCHE P. et TAVERNIER J.- Les bases anatomo-physiologiques et cliniques et l'incontinence d'urines au cours du prolapsus. Déductions chirurgicales.- Gynéc. Prat. 1960, 11, N° 6, 503-513, 6 fig.-

MASSENBAACH W. (von) et DHLENROTH G.- Résultats de la colpoperinéocleisis subtotale d'après Labhardt modifiée par H. Martius.- Geburtsh. Frauenh., Août 1965, 25, N° 8, 695-700 (Bibliogr.).

MASTROOM J.L.- Interposition de l'utérus entre la vessie et la paroi vaginale antérieure.- J. Internat. Coll. Surgeons, Nov. 1962, 38, N° 5, 443-453 (Bibliogr.) (Résumé français).

MATHIEU J. et COGNAT J.- Opération de Conill. Récidive.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Janv.-Mars 1967, 19, N° 1, 46-47.

MATHIEU J., MOUSSELOU J. et DARGENT D.- Résultats et indications actuelles de l'opération de Conill dans le traitement du prolapsus génital de la femme âgée.- Rev. Franç. Gyn. Obst., Mai 1968, 63, N° 5, 219-224.

MAULER H.- Observations sur la muqueuse dans le prolapsus total.- Zbl. Gyn., 13 Fév. 1965, 87, N° 7, 215-219 (Bibliogr.).

MEILLERE J.- Hystérectomie vaginale avec colpoclectomie totale dans la cure des prolapsus du troisième degré chez la femme âgée.- J. Chir., Oct. 1962, 84, N° 4, 321-333, 21 fig.-

MEILLERE J. et AUROUSSEAU R.- Hystérectomie totale et prolapsus génital. II- Hystérectomie totale avec cure du prolapsus associée.- Presse Méd., 17 Nov. 1962, 70, N° 49, 2347-2348, 12 fig.-

MEIERENKEN H.- L'importance de l'uréthrocystographie latérale pour le contrôle post-opératoire des opérations gynécologiques pour prolapsus.- Geburtsh. Frauenh., Oct. 1962, 22, N° 10, 1157-1159.

MERGER R.- Conduite à tenir devant un prolapsus génital. (Elytrocèle exclue).- Presse Méd., 14 Sept. 1963, 71, N° 37, 1773-1774.

MERGER - Conduite à tenir devant un prolapsus génital. - Concours Méd., 6 Juin 1964, 86, N° 23, 3777-3778.

- MERGER R.- Prolapsus génitaux.- Rev. Franç. Gyn. Obst., Juil.-Août 1966, 61, N° 7-8, 525-532.
- MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.- Traitement chirurgical des prolapsus génitaux.- Masson, Paris, 1964.
- MOLNAR G., MOHACSI L. et JONA G.- Modifications pathologiques des voies urinaires supérieures dans la procidence utérine.- Zschr. Urol., Juil. 1967, 60, N° 7, 445-452, 6 fig. (Bibliogr.).
- MOLNAR G. et KAPU L.- L'importance des modifications vésico-urétérales dans le cas de prolapsus utérin avec considération particulière de l'incontinence d'urine.- Zbl. Gyn., 29 Avr. 1961, 83, N° 17, 656-664 (Bibliogr.).
- MOLNAR G. (Von), SZABO E. et JONA G.- Importance du traitement chirurgical du prolapsus utérin pour le rétablissement des lésions des voies urinaires supérieures.- Zschr. Urol., Fév. 1968, 61, N° 2, 75-78.
- MONOD-BROCA Ph. et ROBERT J.- L'interposition vésico-vaginale de l'utérus. (A propos de 53 observations).- Ann. Chir. (Suppl. Sem. Hôp. Paris), Juin 1966, 20, N° 11-12, 780-786.
- MORRIS W.I.C.- Doutes sur la valeur de l'hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus génital.- J. Obst. Gyn. Brit. Commonwealth, Déc. 1965, 72, N° 6, 860-861 (Bibliogr.).
- MUELLNER S.R.- The nature of stress in urinary stress incontinence in women.- S.G.O. 1962, 114, 568-572.
- MÜLLER H. et SCHUBERT E.- Résultats des examens ultérieurs chez des malades ayant subi une vésicofixation vaginale de Halban conjointement avec un diagnostic fonctionnel vésical.- Zbl. Gyn., 17 Fév. 1962, 84, N° 7, 241-245 (Bibliogr.).

- MUSSET R.- Les prolapsus génitaux des femmes encore jeunes avant ou peu après la ménopause.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Janv.-Mars 1967, 19, N°1, 49-50.
- MUSSET R., COTTRELL M. & COHEN J.- Cure chirurgicale des déchirures obstétricales anciennes du périnée du troisième degré avec incontinence sphinctérienne anale.- Journ. de Chir., Déc. 1963, 86, N° 6, 661-678.
- MUSSET R. et BARRAT J.- Fibromes utérins et prolapsus génitaux.- Gyn., Obst. 62, 1963, 3, 337-354.
- MUSSET R.- Les indications thérapeutiques dans les prolapsus génitaux.- Semaine des Hôpitaux, 8 Juin 1964.
- NABRISKI S. et ZELODF D.- The interposition operation for treatment of stress incontinence with prolapsus.- J.O.G.R.E. 1962, 69, N° 3, 406-408.
- NABRISKI D.- Prolapsus génital. Indications des différentes techniques chirurgicales.- Rev. Franç. Gyn. Obst., Juil.-Août 1966, 61, N° 7-8, 534-535.
- NAIDU P.M. ET REDDY U.N.- Le prolapsus génital irréductible et son traitement avec communication sur 2 cas.- J. Obst. Gyn. Brit. Emp., Déc. 1960, 67, N° 6, 994-996 (Bibliogr.).
- NICK J.- Diagnostic et traitement du prolapsus utérin et vaginal avec et sans incontinence d'urine.- Ther. Gegenw., Fév. 1964, 103, N° 2, 200-207: (Bibliogr.).
- NOBEL J.- Résultats éloignés des opérations plastiques pour prolapsus génital.- Geburtsh. Frauenh., Janv. 1962, 22, N° 1, 53-61 (Bibliogr.).
- OBER K.G. et DORDELMANN P.- Traitement du prolapsus utérin chez la femme âgée.- Münch. med. Wschr., 4 Nov. 1966, 108, N° 44, 2227-2230 (Bibliogr.).

- O'LEARY J.A.- Ventrofixation dans le traitement du prolapsus génital.- Surgery, Juin 1965, 120, N° 6, 1296-1300 (Bibliogr.).
- ORSONI P.- La suspension aux ligements de Cooper du col utérin ou du dôme vaginal, dans la cure des prolapsus.- J. Chir., Nov. 1965, 90, N° 5, 407-414, 6 fig.-
- PALDI E.- La valeur de la cure par traitement chirurgical du prolapsus génital chez les malades ayant dépassé 65 ans.- Rev. Franç. Gyn. Obst., Juil.-Août 1963, 61, N° 7-8, 534.
- PALMER R.- Manométrie utéro-vésicale dans les troubles fonctionnels uréthro-vésicaux en gynécologie.- Masson, Paris, 1960.
- PALMER R.- Opérations pour prolapsus et eupareunie.- Rev. Franç. Gyn. Obst., Juil.-Août 1966, 61, N° 7-8, 538.
- PANDELE A.- La pyramidalopexie extrapéritonéale. Huit cas de prolapsus chez des jeunes femmes opérées par cette méthode.- Bordeaux Chir., Oct. 1960, N° 4, 161-168, 8 fig.-
- PANIZ B.- Succès d'une greffe de Thiersch dans un ulcère du col chez une femme avec prolapsus total.- Gynaecologia, Mars 1961, 151, N° 3, 200-202 (Résumé français).
- PARENT B.- L'incontinence d'urine du post-partum.- Gyn., Obst. 1965, 64, N° 4, 529-540.
- PARKS A.G., PORTER N.H. et HARDCASTLE J.- Le syndrome de prolapsus du périnée.- Proc. Roy. Soc. Med., Juin 1966, 59, N° 6, 477-482, 6 fig. (Bibliogr.).
- PARROTT M.H.- Colporrhaphie antérieure adéquate.- Am. J. Obst. Gyn., Août 1960, 80, N° 2, 381-389, 6 fig. (Bibliogr.).

PASQUIER V.- Quelle place peut-on réserver à la colpo-hystérectomie vaginale dans le traitement des gros prolapsus des femmes âgées ?- Lyon Chir., Janv. 1962, 58, N° 1, 141-146.

PATERSON M.L., BARR W. et MACDONALD S.- Infection urinaire après colpomorphie. Fréquence, cause et prophylaxie.- J. Obst. Gyn. Brit. Emp., Juin 1960, 67, N° 3, 394-401, 6 tabl. (Bibliogr.).

PATOIR G. et SPY - Répercussions pyélo-urétérales des grands prolapsus.- J. Urologie, Mars 1962, 68, N° 3, 218-221.

PAUWEN J.- Ablation vaginale de l'utérus, traitement chirurgical du prolapsus chez les femmes de plus de 60 ans.- Zbl. Gyn., 27 Août 1966, 88, N° 35, 1176-1180.

PESCE G.- Considérations sur les cervico-cystopexies.- Minerva Méd., 13 Janv. 1965, 56, N° 3-4, 93-95, 7 fig.-

PILKINGTON R.- Fibro-léiomyosarcome du col associé à une procidence.- Proc. Roy. Soc. Med., Sept. 1967, 60, N° 9, 884.

PODOLYAK G.A.- Traitement opératoire du prolapsus simultané du rectum et de l'utérus.- Akouchers-tvo Guinek. (Moscou), Juin 1963, N° 6, 108-110 (Bibliogr.).

POLISHUK W.Z. et SHARF M.- Une modification de la colpo-périnéorrhaphie postérieure.- Rev. Franç. Gyn. Obst., Nov. 1965, 60, N° 11, 701-706 (Bibliogr.).

PULSFORD - Technique de l'étude radiologique de la vessie et de l'urètre chez la femme.- XXes Assises Franç. de Gyn., Masson, Paris, 1960.

RAVINA J.H.- Prévention et traitement du prolapsus du dôme vaginal.- Presse Méd., 23 Sept. 1961, 69, N° 39, 1960.

RENE L. et SUREAU C.- Place de l'interposition vésico-vaginale dans le traitement des prolapsus génitaux.- Presse Méd., 22 Fév. 1964, 72, N° 9, 501-504.

RENE L. et LORD G.- Incidences orthopédiques des fixations au disque lombo-sacré.- Mém. Acad. Chir., 1963, 89, N° 7-8, 249-258.

RICHTER K.- Prophylaxie et traitement du prolapsus vaginal après ablation de l'utérus.- Geburtsh. Frauenh., Déc. 1963, 23, N° 12, 1063-1080, 5 tabl.- (Bibliogr.).

RICHTER K.- Genèse des ulcérations de distension dans le prolapsus.- Geburtsh. Frauenh., Mai 1966, 26, N° 5, 874-878 (Bibliogr.).

RICHTER K.- Anatomie chirurgicale de la fixation vaginale vagino-sacro-spinale. Traitement chirurgical du prolapsus de la voûte vaginale aveugle.- Geburtsh. Frauenh., Avr. 1968, 28, N° 4, 321-327, 5 fig. (Bibliogr.).

RINGE A.D.- Résultats de la plastie de Fothergill dans la descente d'organes et le prolapsus.- Zbl. Gyn., 17 Fév. 1962, 84, N° 7, 245-250 (Bibliogr.).

RINGE A.D. et MANDELSORF H.- Découvertes histologiques sur le col après plastie de Manchester-Fothergill.- Zbl. Gyn., 10 Nov. 1962, 84, N° 45, 1730-1738, 8 tabl. (Bibliogr.).

RIVIERE M. et coll.- Accouchement par voie basse après triple opération périnéale.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Oct.-Déc. 1961, 13, N° 5, 574-575.

ROBERT H.- Le traitement chirurgical des prolapsus génitaux avec incontinence d'urines.- Montpelier Chir., 1965, 11, N° 3, 401-427.

ROBERT H.-G. et BOURY-HEYLER C.- Les prolapsus après hystérectomie. A propos de 26 observations personnelles.- Ann. Chir. (Suppl. Sem. Hôp. Paris), Août-Sept. 1964, 18, N° 15-16/17-18, 1072-1079.

ROBERTSON E.G. et RUSSELL J.K.- Traitement chirurgical du prolapsus chez les femmes âgées.- Brit. Med. J., 10 Déc. 1966, N° 5527, 1420-1423 (Bibliogr.).

ROCHET Y. et PEYRE M.- Le prolapsus génital symptomatique. A propos de trois observations.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Nov.-Déc. 1967, 19, N° 5, 468-469.

ROMAN C.- Les récidives de prolapsus après intervention.- Rev. Franç. Gyn. Obst., Sept.-Oct. 1960, 55, N° 9-10, 635-644.

ROMAN C.- Ulcération avec inversion vésicale au cours d'un prolapsus grave.- C.R. Soc. Franç. Gyn., Janv. 1961, 31, N° 1, 51-52.

ROTH F.- Expérience avec le colpocléisis en anneau d'après Hoff.- Geburtsh. Frauenh., Mai 1966, 26, N° 5, 696-699.

ROUCHY R.- L'amputation cervicale pour prolapsus.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1961, 13, N° 4 bis, 311-313.

RUBIN A.- Complications des opérations vaginales dans le relâchement des muscles du plancher pelvien.- Am. J. Obst. Gyn., 1er Août 1966, 95, N° 7, 972-974.

SALVATORE C.A. et MARTINS J.A.P.- L'hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus de l'utérus.- An. Brasil. Gin., Juil. 1960, 50, N° 1, 1-16. (Bibliogr.) (Résumé français).

SALVATORE C.A.- Traitement du prolapsus utérin par-

tiel ou total chez les jeunes.- J. Internat. Coll. Surgeons, Déc. 1963, 40, n° 6, 554-559, 8 fig. (Bibliogr.) (Résumé français).

SALVATORE C.A.- Traitement du prolapsus de l'utérus chez la femme jeune.- Gynaecologia, 1966, 162, N° 1, 95-103 (Résumé français).

SALVATORE C.A., PEIXOTO S., SOUEN J. et SINATORA D.- Traitement du prolapsus de l'utérus par hystérectomie vaginale.- An. Brasil. Gin., Mai 1968, 33, N° 5, 245-256 (Bibliogr.) (Résumé français).

SAUER J.- Contribution originale aux modifications anatomiques de l'uretère pelvien au cours des prolapsus génitaux.- Maroc Méd., Mars 1961, 40, N° 430, 250-252 (Bibliogr.).

SAVIN S., IACOB C. et BACIU M.- Technique modifiée de la fixation au promontoire dans le cas de prolapsus avec incontinence d'urine.- Zbl. Gyn., 19 Janv. 1963, 85, N° 3, 98-100 (Bibliogr.).

SCALI P.- Trois cas de grossesse après hystéropexie isthmique postérieure au promontoire.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Janv.-Mars 1963, 15, N° 1, 48-52.

SCHAERZING E.- Le verrou longitudinal dans le prolapsus des vieilles femmes.- Geburtsh. Frauenh., Juin 1960 20, N° 6, 638-642.

SCHLEYER-SAUNDERS E.- Les résultats de l'intervention modifiée pour prolapsus génital chez les femmes en période d'activité génitale.- Internat. Surg., Janv. 1966, 45, N° 1, 62-64 (Résumé français).

SCHLOGEL G.- Les prolapsus génitaux, étude clinique et proposition de tactique opératoire (d'après 316 dossiers).- Thèse Paris, 1963.

SCHMID H.H.- Interventions inopportunes et interventions opportunes dans la rétroflexion de l'uté-

rus et dans le prolapsus.- Zbl. Gyn., 19 Août 1961; 83, N° 53, 1301-1307.

SCHORSCH H.- Nouvelle méthode chirurgicale pour le traitement du prolapsus génital avec maintien de l'aptitude aux relations sexuelles.- Zbl. Gyn., 6 Juin 1964, 86, N° 23, 795-797 (Bibl.).

SCHRANK P.- La colpocoeliotomie postérieure en tant que moyen diagnostique et thérapeutique en gynécologie.- Wien. klin. Wschr., 5 Oct. 1962, 74, N° 40, 675-676 (Bibliogr.).

SEEL W.- Modification de la suture de Sturmdorf dans la plastie de Fothergill.- Geburtsh. Frauenh., Juil. 1965, 25, N° 7, 636-641, 6 fig. (Bibl.).

SEMM K. et PENNING W.- Le diagnostic et le traitement conservateur de l'insuffisance du plancher pelvien.- Zbl. Gyn., 7 Mai 1960, 82, N° 19, 689-699, 9 fig. (Bibliogr.).

SHARF M.- Une modification de la colpopérinéorraphie postérieure.- Rev. Franç. Gyn. Obst., Juil.-Août 1966, 61, N° 7-8, 533-534.

SHIRODKAR - Réorientation de nos idées sur l'anatomie des ligaments de l'utérus et nouvelles techniques opératoires pour le traitement des prolapsus utérins.- R.E.G.O. 1954, 49, 332.

SHUTE W.B.- Support vaginal et incontinence d'effort, une nouvelle conception.- Am. J. Obst. Gyn., Sept. 1961, 22, N° 3, 549-564, 6 tabl. (Bibl.).

SICARD A. et COUDERC M.- A propos des spondylodiscites après suspension postérieure pour cure de prolapsus génital.- Mém. Acad. Chir. 1963, 89, N° 9-10, 304.

SIMMONS S.C. et BAKER H.R.W.- Investigation sur le tractus rénal après opérations de réparation (de prolapsus uro-génital).- J. Obst. Gyn. Brit.

Commonw., Déc. 1963, 70, N° 6, 968-970 (Bibl.).

SKIFTIS T. et ROTHE K.- Traitement chirurgical de la descente et du prolapsus de l'utérus et du vagin.- Zbl. Gyn., 29 Mai 1965, 87, N° 22, 755-760, 5 fig. (Bibliogr.).

SOFERMAN N. et OXHORN A.- Prolapsus génitaux. Statistiques de traitement.- Rev. Franç. Gyn. Obst., Juillet-Août 1966, 61, N° 7-8, 535-536.

SOZANSKY A.M., TIMOSHENKO L.V., KUZMITSKY Y.M., YURCHUK I.S. et BRASLAVSKAYA M.V.- Hystérectomie transvaginale dans le prolapsus de l'utérus et des parois du vagin.- Akoucherstvo Guinek. (Moscou), Déc. 1967, N° 12, 49-52 (Bibliogr.).

SPEML E.- Traitement et complication des interventions réparatrices des prolapsus.- J. Obst. Gyn. Brit. Commonw., Oct. 1962, 69, N° 5, 854-856 (Bibl.).

STANCA C.- L'hystéroligamentopexie.- Zbl. Gyn., 19 Août 1961, 83, N° 33, 1308-1312.

STEFFEN F.W.- Expériences avec l'hystéroligamentopexie d'après C. Stanca.- Zbl. Gyn., 9 Oct. 1965, 87, N° 41, 1410-1414.

STIRLING H.- L'hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus.- J. Obst. Gyn. Brit. Commonwealth, Déc. 1965, 72, N° 6, 851-854 (Bibl.).

SUREAU C. et RAVINA J.H.- Prolapsus génitaux.- Presse Méd., 6 Fév. 1965, 73, N° 7, 357-361, 9 fig.-

TACQUET J.L.- A propos du traitement des prolapsus génitaux par suspension au disque intervertébral.- C.R. Soc. Franç. Gyn., Mai 1963, 33, N° 5, 364-367 (Bibliogr.).

TCHOUKRIENKO D.P.- L'utilisation du tissu de capron dans le traitement opératoire du prolapsus de l'utérus.- Akoucherstvo Guinek. (Moscou), 1960, N° 5, 74-78, 5 fig.-

TELINDE R.W.- Prolapsus utérin et états voisins.-
Am. J. Obst. Gyn., 1er Fév. 1966, 91, N° 3,
444-463 (Bibliogr.).

THOMPSON H.G., MURPHY C.J.Jr., et PICOT H.- L'hystéro-
colpéctomie dans le traitement du prolapsus
génital.- Am. J. Obst. Gyn., Oct. 1961, 82,
N° 4, 748-753 (Bibliogr.).

THOYER-ROZAT J.- Cure des prolapsus utéro-vaginaux
du troisième degré par colpo-hystérectomie
vaginale et périnéorraphie (film).- Bull. Féd.
Soc. Gyn. Obst., Juin-Août 1965, 17, N° 3, 245.

THOYER-ROZAT J.- La colpo-hystérectomie vaginale dans
les prolapsus du 3me degré.- Bull. Féd. Soc.
Gyn. Obst., Franç., 1965, 17, N° 5 bis, 866.

TOAFF R.- Sur le traitement chirurgical des prolapsus
génitaux.- Rev. Franç. Gyn. Obst., Juil.-Août
1966, 61, N° 7-8, 540-541.

TOUPET A.- A propos des spondylodiscites après sus-
pension postérieure pour cure de prolapsus
génital.- Mém. Acad. Chir., 1963, 89, N° 9-10,
278-279.

TROJNACKI Z. et WOSKOWSKI A.- Résultats éloignés de
l'intervention de Fothergill dans la descente
et le prolapsus vagino-utérins.- Zbl. Gyn., 25
Nov. 1967, 89, N° 47, 1719-1722 (Bibliogr.).

VARTAN C.K.- L'opération de Lefort.- J. Obst. Gyn.
Brit. Emp., Juin 1960, 67, N° 3, 470-472, 9 fig.-

VERA BARROS P.C.- Prolapsus urétéro-génital.- VIe
Congrès argentin d'Urologie, S. Fe, 22-25 Sept.
1960, Sociedad de Urologia, édit., Buenos-
Aires, 71.

VERESS E., VOLET B. et LE RUDULIER J.L.- Uréthro-
cystographies pré- et post-opératoires dans
les prolapsus génitaux et les incontinences

urinaires de la femme.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Janv.-Mars 1963, 15, N° 1, 5-6.

VERESS E., VOLET B. et LE RUDULIER J.L.- Urétro-cystographies pré- et post-opératoires dans les prolapsus génitaux et les incontinences urinaires de la femme.- Rev. Franç. Gyn. Obst., Juil.-Août 1963, 58, N° 7-8, 525-552, 34 fig., 7 tabl. (Bibliogr.).

VERESS E. et VOLET B.- Aspects radiologiques du prolapsus utéro-vaginal et vésical.- Gynaecologia, 1964, 151, N° 6, 357-374, 14 fig. (Bibliogr.) (Texte français).

VERESS E. et VOLET B.- Technique de colpo-cystographie pour la mensuration précise du prolapsus des organes pelviens.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Franç., 1965, 17, N° 5 bis, 840-843, 6 fig.-

VEYRAT M.C. (Mlle) - Les prolapsus péssaires.- Thèse Paris, 1966, N° 516, 72 pages.

VIALLE P.- Du rôle de l'amputation du col dans la chirurgie du prolapsus.- Mém. Acad. Chir., 22 Juin 1963.

VILKHOVAYA I.R. et VILKHOVOI V.F.- Modifications du parcours des artères utérines et des uretères dans le prolapsus utérin.- Akoucherstvo Guinek. (Moscou), Mars 1963, N° 3, 38-40.

VILLAR J., FIZ G., PARNEIX M. et MARQUE B.- Incontinence d'urines après opération de Le Fort. A Propos d'une récente observation.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Sept.-Oct. 1965, 17, N° 4, 319-322 (Bibliogr.).

VINK L.P.H.J. (do) - Opération de Fothergill pour prolapsus modifiée par la suture de Brauer.- Geburtsh. Frauenh., Juin 1960, 20, N° 6, 642-643.

- VINCKURENKGVA A.I.- Méthode complexe de traitement chirurgical des descentes et des prolapsus génitaux féminins.- Akoucherstvo Guinek. (Moscou), Avr. 1963, N° 4, 49-54 (Résumé anglais).
- VÖGE A.- Technique modifiée de l'opération de Neugebauer-Le Fort.- Zbl. Gyn., 14 Avr. 1962, 84, N° 15, 545-550, 5 fig.-
- VOHLIDALOVA-ROSOLOVA V. et KOHOUTEK M.- Descente et prolapsus congénitaux de l'utérus.- Zbl. Gyn., 27 Juil. 1963, 85, N° 30, 1063-1065.
- VOUA S. et PRATZER S.- Traitement chirurgical du prolapsus génital total.- C.R. Soc. Franç. Gyn., Fév. 1961, 31, N° 2, 139-146 (Bibliogr.).
- WAHLQVIST L.- Perforation traumatique sous-cutanée d'une hernie intestinale. Un cas de perforation du sigmoïde par traumatisme sur un utérus prolapsé.- Acta Chir. Scand., Mai 1964, 127, N° 5, 565-568 (Bibliogr.).
- WALCZYNSKI Z. et USZYCKA-KARCZ M.- Prolapsus partiel de l'utérus et héli-vertèbre chez un enfant de un mois. Une observation.- Polski Tygod. Lek., 1964, 19, N° 35, 1290.
- WELSH F.- Tube de polyéthylène pour soutenir les prolapsus.- Brit. Med. J., 29 Avr. 1967, 2, N° 5547, 280-281.
- WENIG H.- Incontinence d'urine et sphinctérométrie avant et après opération de Fothergill.- Zbl. Gyn., 2 Fév. 1963, 85, N° 5, 159-162 (Bibliogr.).
- WERNER H.- Le diagnostic urologique dans le prolapsus génital.- Zschr. Urol., Juil. 1962, 55, N° 397-402, 6 fig. (Bibliogr.).
- WHAPHAM E.M.- Utilisation élargie de l'opération de Le Fort pour prolapsus vaginal chez la femme âgée.- J. Obst. Gyn. Brit. Emp., Juin 1960, 67, N° 3, 473-477, 2 fig., 1 tabl.-

WILLIAMS B.F.P.- Traitement chirurgical du prolapsus utérin chez la femme jeune.- Am. J. Obst. Gyn., 1er Août 1966, 95, N° 7, 967-971, 11 fig.-

WOOD J., BISQUERTT J. et VELASQUEZ V.- Les fausses incontinences d'urine dans le prolapsus génital.- C.R. Soc. Franç. Gyn., Janv. 1961, 31, N° 1, 85-89.

YOUSSEF A.F.- Gynecological chology.- C.C. Thomas, edit., Springfield, 1960.

ZICHEL R.- Modification de la technique chirurgicale dans le traitement du prolapsus chez la femme âgée.- Gynaecologia, 1968, 165, N° 5, 403-412 (Bibliogr.) (Résumé français).

ZYTKIEWICZ A. et TROJNACKI Z.- Prolapsus de l'utérus chez le nouveau-né.- Polski Tygod. Lek., 23 Mai 1966, 21, N° 21, 803-804 (Bibliogr.) (Résumé anglais).
